



HAL
open science

Validation du contenu d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode Delphi

Pierre Girardet, Charline Rabouan

► To cite this version:

Pierre Girardet, Charline Rabouan. Validation du contenu d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03612254

HAL Id: dumas-03612254

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03612254v1>

Submitted on 17 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**VALIDATION DU CONTENU D'UN OUTIL D'AIDE À LA CONSULTATION
DU SURPOIDS INFANTILE (DONT OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE) EN SOINS
PRIMAIRE SELON LA MÉTHODE DELPHI**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Pierre GIRARDET

[Données à caractère personnel]

et Mme Charline RABOUAN

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 15/03/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Mme le Pr Anne-Laure BOREL

Membres :

Mme le Dr Claudine SANSONETTI-PERRIN

M. le Dr Benoît CHAMBOREDON

M. le Pr Guillaume ROYER DE VÉRICOURT (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS :

Remerciements communs :

A Madame le Professeur Anne Laure Borel, merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. Nous sommes très honorés de votre présence et nous vous en remercions chaleureusement. Veuillez recevoir toute notre gratitude.

A Madame le Docteur Claudine Sansonetti-Perrin, merci d'avoir accepté de participer à notre soutenance et d'apporter votre expertise pour juger notre travail. Soyez assurée de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Benoît Chamboredon, merci d'avoir accepté de participer à notre soutenance et de juger notre travail. Recevez nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Guillaume Royer de Véricourt, nous te remercions d'avoir accepté de nous guider pendant notre thèse. Merci pour tes conseils, tes retours et ta confiance. Nous espérons avoir fait honneur au temps que tu nous as accordé. Reçois notre plus profond respect.

Aux experts qui ont participé à cette étude, merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous remercions pour votre temps et votre aide précieuse à l'aboutissement de ce projet. Recevez nos meilleurs sentiments.

A Delphine Cauwe, merci d'avoir accepté de mettre en forme et d'illustrer notre prototype de brochure. Ton travail est parfait comme d'habitude.

A tous nos relecteurs, nous vous remercions sincèrement.

Remerciements de Pierre :

À *Charline*, pour m'avoir permis de prendre part à cette aventure. Je suis heureux de te compter parmi mes amis.

À *l'ensemble des enseignants, membres du personnel hospitalier de Besançon et de Chambéry, maitres de stage, camarades de fac, et toutes les personnes* qui ont croisé ma route depuis plus de dix ans maintenant. Je suis arrivé dans la Médecine un peu par hasard et malgré tout, cette discipline a su me passionner et c'est grâce à vous, même si comme j'aime le dire, la Médecine c'est un peu comme les haricots, j'adore ça, mais je n'en boufferais pas non plus tous les jours et à tous les repas.

À *mes parents et ma famille*, pour votre soutien.

À *mes ami-e-s et amoureuses*, merci d'avoir apprécié jusque-là mes qualités, mais également d'avoir accepté mes défauts, et de m'avoir laissé faire mes erreurs afin que je puisse en tirer des leçons. La plus importante est sans doute l'idée selon laquelle le bonheur n'est réel que lorsqu'il est partagé, comme l'a si bien dit Christopher McCandless.

Remerciements de Charline :

À *ma mère*, j'espère que tu profites bien du spectacle.

À *ma famille*, merci pour votre soutien infaillible et votre amour. Merci Papa et Maman de m'avoir soutenu dans mes études, de m'avoir encouragé et guidé. Mélanie, Elise et François, je vous aime et je suis fière de vous.

À *toi ma Loulou*, merci d'avoir été ma voisine de palier et de ne plus m'avoir quitté. À toutes nos aventures et aux prochaines ! À *Fafa et aux Cathrines*, merci ! À tous ces moments passés ensemble.

À *Daphné, Emeline, Simon et Benjamin*, à nos années lycées, aux parties de cartes et aux WE aux quatre coins de la France pour se revoir.

À *Maë*, merci d'avoir partagé avec moi toutes ces années depuis la garderie. Merci pour ton soutien pendant notre première année de médecine.

À mes copines coups foudre de début d'internat. *Bertille, Camille, Juliette*, je suis bien contente qu'on se soit rencontré ! Ça y est on a fini !!

À *la coloc des 5, les inséparables et tous les Grelous*, vous êtes ma superbe plume de ces quatre dernières années.

À *Benjamin*, merci pour ton soutien de chaque instant, ton amour et ta curiosité sans limite qui me pousse à réfléchir un peu plus à chaque fois.

À *tous les médecins et professionnels* que j'ai rencontré pendant mes études et mon internat, merci de m'avoir appris votre médecine, de m'avoir fait grandir et de m'avoir encouragé à prendre confiance en moi.

À *tous mes co-internes de Chambéry, à Mélissa et Constance*, c'était chouette de partager ces stages avec vous, de débriefer, souffler et rire avec vous.

À *Christine et Lola, aux Mitailères*, merci de m'accueillir dans votre cabinet, je m'y sens bien et j'espère continuer à vos côtés.

Et un GRAND merci à toi *Pierre*, sans qui ce travail n'aurait jamais pu être fait. Merci pour ton implication, ton aide et ton calme. Bon vent Chef !!

LISTE DES ABREVIATIONS / GLOSSAIRE :

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSO	Consultation Suivi de l'Obésité
DT2	Diabète de Type 2
EAL	Exploration d'une Anomalie Lipidique
ESTEBAN	Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition
HAS	Haute Autorité de la Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RéPPOP	Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
SCA	Syndrome Coronarien Aigu

Thèse réalisée sous format article selon les recommandations aux auteurs de la revue

« Exercer ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS :	6
LISTE DES ABREVIATIONS / GLOSSAIRE :	9
RÉSUMÉ	12
ABSTRACT	13
I – INTRODUCTION	14
1. Contexte	14
2. Prise en charge de l'obésité en médecine générale	15
3. Objectif de l'étude	16
II – MATERIEL ET METHODE	16
1. Recrutement	17
2. Recueil des données	17
3. Analyse des données	18
4. Aspects éthiques et réglementaires	19
III – RESULTATS	19
1. Description du groupe d'expert	19
2. Résultats des 3 tours de questionnaire	21
3. Synthèse des résultats	23
IV – DISCUSSION	24
1. La méthode DELPHI, forces et faiblesses	24
2. Validation du contenu de l'outil et comparaison à la littérature existante	27
3. Perspectives	28
V – CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	33
Annexe I – Caractéristiques de la population d'experts	33
Annexe II – Fiche d'information pour le recrutement des experts	35
Annexe III – Mail aux experts pour le premier tour de questionnaire	37
Annexe IV – Mail de relance pour le premier tour	37
Annexe V – Mail de lancement du deuxième tour de questionnaire	38
Annexe VI – Mail de relance du deuxième tour	39
Annexe VII – Mail de lancement du troisième tour	40
Annexe VIII – Mail de relance du troisième tour	41
Annexe IX – Premier tour de questionnaire	42
Annexe X – Résultats et commentaires du 1 ^e tour	53

Annexe XI – Deuxième tour de questionnaire	59
Annexe XII – Résultats du 2 ^e tour de questionnaire et commentaires	68
Annexe XIII – Troisième tour de questionnaire	73
Annexe XIV – Résultats et commentaires du 3 ^e tour	78
Annexe XV – Le guide d'aide à la consultation	80
SERMENT D'HIPPOCRATE	82

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux des participants	20
Figure 2 : Diagramme de flux des résultats	24

VALIDATION DU CONTENU D'UN OUTIL D'AIDE A LA CONSULTATION DU SURPOIDS INFANTILE (DONT OBESITE PEDIATRIQUE) EN SOINS PRIMAIRES SELON LA METHODE DELPHI.

Pierre GIRARDET – Charline RABOUAN

RÉSUMÉ

Introduction : L'obésité pédiatrique est une pathologie chronique dont les déterminants et les conséquences sur la santé sont bien connus. La prise en charge du surpoids de l'enfant pose de nombreux problèmes aux médecins de premiers recours. Des travaux de recherche ont relevé que les médecins généralistes interrogés manquaient d'outils pour leur pratique.

Objectif : Il s'agit de déterminer le contenu d'un outil d'aide à la prise en charge des enfants en surpoids en situation de premiers recours et de le faire valider par un groupe d'expert.

Méthodologie : Nous avons réalisé une méthode de recueil de consensus DELPHI par le biais de trois tours de questionnaire entre octobre 2021 et janvier 2022, auprès de professionnels de santé habitués à prendre en charge cette pathologie.

Résultats : Cinquante-cinq items ont obtenu un consensus positif à l'issue des trois tours de questionnaires. Nous avons arrêté notre étude après stabilisation des résultats. Nous avons rejeté les items n'ayant pas obtenus de consensus positif après le troisième tour de questionnaire. Nous avons regroupé les propositions validées en six thématiques.

Discussion : La méthode DELPHI s'est révélée pertinente pour dégager des consensus et valider le contenu de notre futur outil. Les propositions initiales étaient à l'initiative des investigateurs et issues des données de la littérature. Les propositions ont évolué grâce à l'apport pratique des experts. Notre travail s'est avéré pertinent car certaines propositions différaient de celles des recommandations existantes. Bien que des pistes à explorer aient pu être négligées malgré la densité finale de nos résultats, cela devrait nous permettre de créer le contenu d'un outil original.

Conclusion : Notre travail avait pour but de valider le contenu d'un futur outil qui permettra de guider le médecin de premier recours dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité pédiatrique. Maintenant, il est nécessaire de créer un outil ergonomique pour un usage optimal en soins primaire, de l'évaluer et de le diffuser.

MOTS CLÉS :

Surpoids infantile ; Obésité Pédiatrique ; Prise en charge de l'obésité ; Soins Primaires ; Médecin de famille ; Médecine générale ;

FILIÈRE : Médecine Générale

VALIDATION OF THE CONTENT OF A TOOL TO HELP CHILDREN OVERWEIGHT'S CONSULTATION (INCLUDING PEDIATRIC OBESITY) IN PRIMARY CARE USING THE DELPHI METHOD.

Pierre GIRARDET – Charline RABOUAN

ABSTRACT

Introduction : Pediatric obesity is a chronic disease with well known determinants and health consequences. The management of childhood overweight poses many challenges for primary care physicians. Research has shown that the general practitioners interviewed lacked tools for their practice.

Objective : To determine the content of a tool to assist in the management of overweight children in the primary care setting and to have it validated by a group of experts.

Methodology : We carried out a DELPHI consensus collection method through three rounds of questionnaires between October 2021 and January 2022, among health professionals used to managing this pathology.

Results: Fifty-five items obtained a positive consensus at the end of the three rounds of questionnaires. We stopped our study after the results had stabilised. We rejected the items that did not reach a positive consensus after the third round of questionnaires. We grouped the validated proposals into six themes.

Discussion : The DELPHI method proved to be relevant for building consensus and validating the content of our future tool. The initial proposals were initiated by the investigators and derived from the literature. The proposals evolved thanks to the practical input of the experts. Our work proved to be relevant as some of the proposals differed from those in the existing guidelines. Although some avenues for exploration may have been overlooked despite the final density of our results, this should allow us to create the content of an original tool.

Conclusion : The aim of our work was to validate the content of a future tool to guide the primary care physician in the management of pediatric overweight and obesity. Now it is necessary to create an ergonomic tool for optimal use in primary care, to evaluate it and to disseminate it.

KEYWORDS :

Childhood overweight ; Pediatric obesity ; Obesity management ; Primary care ; Family practice ; General practice ;

FIELD : General Practice

I – INTRODUCTION

1. Contexte

L'obésité est une maladie chronique pouvant avoir un impact négatif sur le bien-être physique, psychique et/ou social de la personne. En France, le surpoids concerne 17% des enfants entre 6 et 17 ans (dont 3,9% d'obèses). Les données épidémiologiques les plus récentes issues de l'étude ESTEBAN réalisée entre 2014 et 2016, mettent en évidence une stabilisation de la prévalence du surpoids infantile depuis la mise en place de programme de prévention et des campagnes de santé publique à partir des années 2000 (1). Il existe une intrication complexe de différents facteurs à l'origine de la prise de poids : génétiques et épigénétiques (2), culturels et environnementaux avec l'industrialisation agro-alimentaire proposant un accès facilité à des aliments ultra-transformés (3) et la sédentarisation de nos modes de vie. Il y a aussi des facteurs sociaux et économiques avec une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus et l'obésité (4). Le surpoids et l'obésité sont parmi les principaux facteurs de risque métabolique de maladies non transmissibles. Le risque de persistance de l'obésité à l'âge adulte et de ses conséquences cardio-vasculaires sont bien connus (5). En revanche, d'autres complications, comme l'augmentation de la prévalence des cancers colo-rectaux et de la goutte chez l'homme ou de l'arthrose chez la femme, ainsi que les conséquences psychologiques et sociales comme les discriminations sont plus méconnues (6). Une prise en charge précoce du surpoids permet de limiter l'apparition des complications.

2. Prise en charge de l'obésité en médecine générale

Le médecin généraliste joue un rôle fondamental dans le dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant, la recherche de ses complications, et l'orientation de l'enfant vers une prise en charge spécialisée quand cela est nécessaire. Des travaux mettent en évidence des freins à la prise en charge du surpoids par les médecins généralistes. Ils rencontrent des difficultés, majoritairement représentées par le manque de connaissances théoriques et pratiques ainsi qu'un manque de temps et de motivation au regard de la complexité bio-psycho-sociale de la pathologie (7). Ils évoquent des comportements d'évitement de la part des familles ou d'eux-mêmes fragilisant la relation médecin patient (8). Les médecins décrivent des difficultés liées au système de santé avec un manque de fluidité, un manque de correspondants et des problématiques économiques retardant les prises en charge (7,9,10). Les médecins généralistes estiment que l'obésité pédiatrique est un problème complexe face auquel ils ressentent un sentiment d'impuissance au regard des résultats modestes parfois obtenus (11). Des solutions ont été proposées pour tenter d'améliorer le suivi comme la mise en place de la cotation « Consultation Suivi de l'Obésité » (CSO) pour revaloriser les consultations ou bien la création des réseaux de prise en charge secondaire tels que les Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) afin d'avoir un accès facilité aux paramédicaux et de coordonner les situations plus complexes.

Les médecins généralistes interrogés ont relevé un manque d'outil, d'autant plus quand ils estiment ne pas être suffisamment formés au problème de surpoids de l'enfant ou n'adhèrent pas à un réseau secondaire de prise en charge (9,12). Dans le cadre du premier recours, le médecin peut s'appuyer dans sa pratique sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2011 (révisées à partir de

celles de 2003 (13)) qui sont issues d'un consensus d'experts majoritairement hospitalo-universitaire à partir d'une revue systématique de la littérature. Ces recommandations restent très théoriques. Un groupe de médecins généralistes et pédiatres du Nord de la France a mis en place en 2018 un outil internet « Obéclic » qui aborde le dépistage ainsi que les modalités de prise en charge et de suivi de l'obésité de l'enfant (14). Celui-ci nécessite une prise en main en amont des consultations et donc contraint les médecins à se former à l'outil pour le maîtriser. Les médecins généralistes sont demandeurs d'outils simples à utiliser et rapidement accessibles (15). Nous émettons l'hypothèse que cela renforcerait les compétences du médecin généraliste et ainsi améliorerait le sentiment d'efficacité personnelle et sa motivation.

3. Objectif de l'étude

En nous appuyant sur les recommandations de la HAS et sur la littérature déjà existante, nous avons pour objectif de faire valider par un groupe d'expert, à l'aide d'une méthode de consensus, le contenu d'un outil d'aide à la consultation pouvant être proposé aux médecins en charge des soins d'enfant en surpoids et en obésité.

Nous tenterons par la suite de faire une proposition d'outil.

II – MATERIEL ET METHODE

Nous avons utilisé une méthode de ronde DELPHI permettant d'obtenir un consensus sur le contenu final d'un outil destiné à aider le praticien.

1. Recrutement

Pour établir notre panel d'experts, nous avons recruté par auto-évaluation des médecins de différentes spécialités, des psychologues et des diététiciens par courriers électroniques ou par téléphone. Nous avons d'une part contacté les experts des réseaux existants : les RéPPOP de toute la France, des centres d'obésité pédiatrique et des services hospitaliers de pédiatrie. D'autre part, nous avons cherché à élargir notre recrutement hors des réseaux connus en contactant des experts exerçant en soins primaire par le biais de Doctolib et par "effet boule de neige".

Comme critères d'inclusion, ces experts devaient avoir des compétences et des connaissances mais également prendre en charge des enfants en surpoids ou obèses.

2. Recueil des données

Nous avons élaboré un premier questionnaire sur les items à aborder pendant une ou plusieurs consultations à partir des recommandations de la HAS de 2011 et d'une revue bibliographique sur les facteurs de risque connus et identifiés, les conséquences et les complications du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Nous avons reparti ces items en six parties : examen clinique et anamnèse, environnement de l'enfant, psychologie, activité physique, diététique et synthèse. Nous n'avons pas inclus dans notre questionnaire les paramètres biométriques (taille, poids, IMC (Indice de Masse Corporelle) à recueillir en consultation car il est évident que ces assertions sont consensuelles et auraient surchargé inutilement le questionnaire.

Nous avons questionné les experts sur leurs caractéristiques socioprofessionnelles : sexe, âge, type et lieu d'exercice, profession, département d'exercice et part de la patientèle dévolue à la pédiatrie.

Nous avons ajouté deux questions concernant l'évaluation d'un futur outil.

Il a été demandé au panel d'experts d'évaluer la pertinence de chacun des 59 items identifiés (Annexe IX) à l'aide d'une échelle numérique cotée de 1 à 10 (1 correspondant à un désaccord complet et 10 à une adhésion complète à la proposition). Les experts ont pu cocher la case « sans réponse » s'ils ne se jugeaient pas compétent pour répondre à la question. Il a également été proposé aux experts de laisser en commentaire les éventuelles modifications à apporter aux items pour faciliter leurs reformulations. Ils ont eu la possibilité de suggérer de nouvelles propositions à intégrer au guide.

Ce questionnaire a été diffusé sur internet via le logiciel LIMESURVEY (Annexes IX-XI-XIII) à partir de la fin du recrutement des experts, le 17 octobre 2021. Des relances par courriels (Annexes IV-VI-VIII) ont été prévues afin d'optimiser les retours. Un récapitulatif des réponses précédentes (Annexes X-XII-XIV) a été présenté aux participants avant chaque nouveau tour de questionnaire. Les tours suivant de questionnaire ont été réalisés selon les mêmes modalités. Au total, nous avons eu besoin de réaliser trois tours de questionnaire entre le 19/10/2021 et le 21/01/2022.

3. Analyse des données

Les résultats du questionnaire ont été exportés depuis LIMESURVEY sur un tableur EXCEL. Nous avons sélectionné les intervalles [1-4] et [8-10] pour évaluer la dispersion statistique des votes.

Une proposition est jugée :

- Appropriée si elle obtient une convergence positive ($\geq 80\%$ des réponses supérieures à un score de 7 et en l'absence de désaccord).
- Inappropriée si elle obtient une convergence négative ($\geq 80\%$ des réponses inférieures ou égales à 4 et en l'absence de désaccord).
- Incertaine si elle n'obtient ni une convergence négative ni positive.

Le désaccord est défini lorsqu'au moins 10 % des cotations sont situées dans l'intervalle [1-4] et au moins 80% dans l'intervalle [8-10].

Les commentaires libres ont également été exportés sur tableur EXCEL afin d'être analysés.

Les tours suivant de questionnaire ont été élaborés par reformulation des items n'ayant pas obtenu de consensus et/ou ayant obtenu des commentaires discordants.

4. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'un agrément auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 11/10/2021.

III – RESULTATS

1. Description du groupe d'expert

Vingt-huit participants experts recrutés à travers la France ont accepté de participer à notre projet. Les caractéristiques de la population à l'issue du premier tour de questionnaire sont détaillées en Annexe I. Quatre-vingt-seize pourcents des

participants sont des femmes et 54% déclarent avoir entre 31 et 40 ans. Parmi les experts, il y a 14 médecins (dont 6 pédiatres et 4 médecins généralistes), 6 psychologues et 4 diététiciens. Sept participants déclarent avoir une activité libérale (25%), 8 une activité hospitalière (33%), 6 une activité mixte libérale et salariée hospitalière ou hors hôpital (25%), 3 une activité salariée exclusivement hors hôpital (8%) et 1 une activité salariée hospitalière et hors hôpital (4%). La moitié des participants évaluent à plus de 50% la part de pédiatrie dans leur patientèle.

Dix-neufs des participants recrutés exercent dans la région Auvergne Rhône Alpes dont 43% en Isère.

Parmi les 28 personnes ayant montré un intérêt pour participer au questionnaire (Fig. 1), 27 ont répondu au premier questionnaire. Vingt-quatre participants ont répondu complètement. Trois participants ont répondu partiellement et leurs réponses ont été exclues de l'étude. Nous avons donc exploité les résultats de 24 questionnaires.

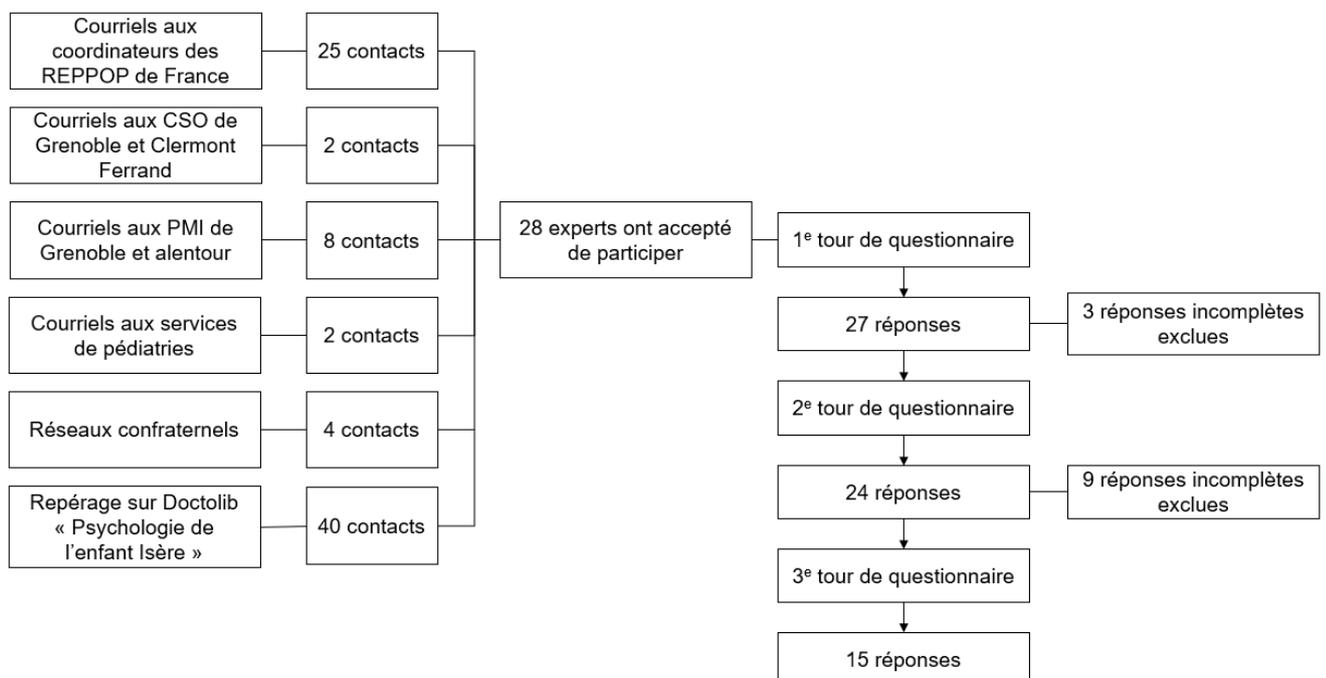


Figure 1 : Diagramme de flux des participants

2. Résultats des 3 tours de questionnaire

Résultats du 1er tour (Annexe X) :

Le premier tour de questionnaire s'est déroulé entre le 19 octobre 2021 et le 12 novembre 2021.

Sur 59 propositions :

- 25 ont obtenu une convergence positive sans désaccord ni commentaires discordants.
- 13 ont été jugées incertaines.
- 18 ont obtenu une convergence positive avec des commentaires discordants.
- 3 ont obtenu un désaccord.
- Aucune n'a obtenu de convergence négative.

Parmi les propositions n'ayant pas été validées à l'issue du premier tour, 6 items concernent la partie "Examen clinique et anamnèse", 5 la partie "Environnement de l'enfant", 8 la partie "Psychologie", 5 la partie "Activité physique", 5 la partie "Diététique" et 3 la partie "Synthèse".

Les 2 items portant sur l'évaluation de l'outil en lui-même et non son contenu n'ont pas été reformulé ni soumis à une seconde évaluation des experts.

Trente-deux propositions ont été retravaillées pour être proposées au deuxième tour du questionnaire et 3 items ont été ajoutés à partir des commentaires libres.

Le taux d'experts perdus de vue est de 14,3% au premier tour de questionnaire.

Résultats du 2ème tour (Annexe XII) :

Le deuxième tour de questionnaire s'est déroulé entre le 23 novembre et le 17 décembre 2021.

Sur 35 propositions :

- 27 ont obtenu une convergence positive sans commentaires discordants ni désaccord.
- 6 ont été jugées incertaines.
- 2 ont obtenu une convergence positive avec des commentaires discordants.
- Aucune proposition n'a eu de convergence négative ni de convergence positive avec désaccord ou des commentaires discordants.

Parmi les propositions n'ayant pas été validées, 3 concernent la partie "Examen clinique et anamnèse", 1 la partie "Environnement de l'enfant", 1 la partie "Psychologie", 2 la partie "Activité physique", et 1 la partie "Diététique".

Huit propositions ont été reformulées pour le troisième tour de questionnaire et 2 nouveaux items ont été ajoutés à partir des commentaires libres.

Le taux d'experts perdus de vue lors du second tour était de 33%.

Résultats du 3ème tour (Annexe XIV) :

Le troisième tour de questionnaire s'est déroulé du 04/01/2021 au 21/01/2022.

Sur 10 propositions :

- 3 ont obtenu une convergence positive sans commentaires discordants ni désaccord.

- 7 ont été jugées incertaines.
- Aucune n'a obtenu de convergence positive avec des commentaires discordants.
- Aucune n'a obtenu de désaccord ni de convergence négative.

Parmi les propositions n'ayant pas été validées, 1 concerne la partie "Examen clinique et anamnèse", 1 la partie "Psychologie", 4 la partie "Activité physique", et 1 la partie "Diététique".

Les réponses n'ayant pas obtenu de consensus lors de ce tour ont été rejetées et n'ont pas intégré la proposition de guide d'aide à la consultation.

Il n'y a pas eu de perdu de vue parmi les experts lors du troisième tour.

3. Synthèse des résultats

Nous avons décidé de clôturer le questionnaire au troisième tour devant la stabilité des résultats entre le deuxième et troisième tour et le nombre important de perdus de vue (44%). Les items avec moins de 80% de réponses dans l'intervalle [8-10] ou avec des commentaires discordants ont été jugés non consensuels et n'ont pas été considérés pertinent pour intégrer le contenu d'un futur outil.

Au total, 55 items ont obtenu un consensus positif sans désaccord ni de commentaires discordants (Fig. 2). Sept propositions n'ont pas obtenu de consensus. Aucun item n'a obtenu de consensus négatif.

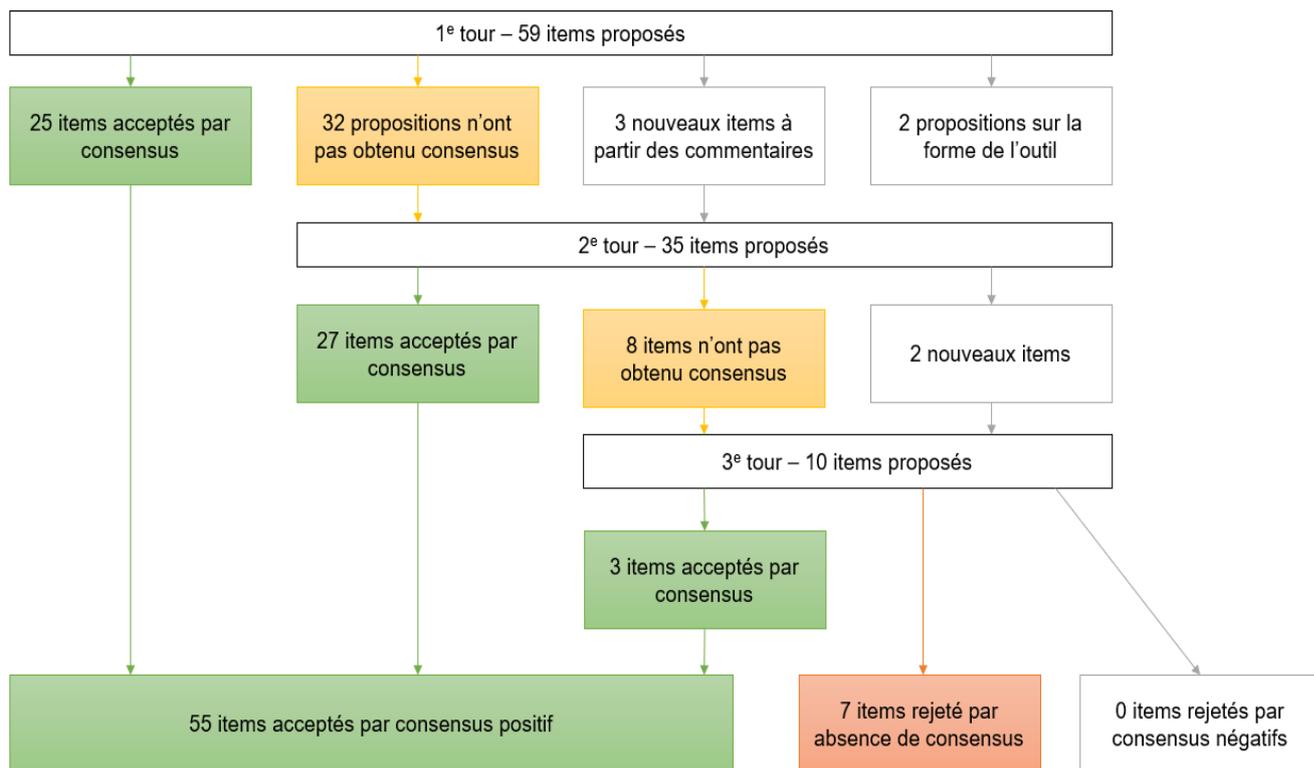


Figure 2: Diagramme de flux des résultats

IV – DISCUSSION

1. La méthode DELPHI, forces et faiblesses

La finalité de la méthode DELPHI est d'obtenir un référentiel d'idée à partir du consensus obtenu entre les experts. Elle est indiquée soit lorsque les données de la littérature sont insuffisantes, soit en l'absence de recommandations clairement établies ou qu'il existe des difficultés dans leur mise en application. Dans notre cas, la littérature est abondante sur le sujet, ce qui rend difficile la mise à jour des connaissances du praticien de premier recours. De plus, les recommandations établies par la HAS en 2011 ont été remises en cause (16) car elles ont été jugées peu adaptées à la pratique des soins premiers. La méthode DELPHI nous a ainsi permis de confronter l'avis de

professionnels de santé experts du surpoids de l'enfant exerçant pour majorité en soins primaires.

Elle nous a permis de recueillir l'avis d'experts géographiquement dispersés sans réunion de groupe. L'absence de confrontation directe entre les experts a garanti leur anonymat, favorisé leur expression libre et permis de se prémunir de l'influence de personnes à forte personnalité sur le reste du groupe. Le panel initial est composé de 27 participants, alors qu'un minimum de 15 est préconisé par la méthode (17). La pluridisciplinarité des participants et le nombre important de praticiens ambulatoires (62%) a favorisé le croisement d'opinions variées et a permis une bonne acceptabilité des résultats. C'est une méthode peu coûteuse financièrement pour les investigateurs et les participants de l'étude (17).

La ronde DELPHI repose sur des principes méthodologiques (18) que nous avons respectés. Elle ne se base pas sur des critères stricts, nous permettant de les adapter pour favoriser l'émergence d'idées.

Nous avons demandé aux participants de justifier leur choix en commentaires libres pour les cotations inférieures à 8. Lorsque les commentaires sont allés à l'encontre de la cotation d'une proposition, nous l'avons reformulée et nous l'avons soumise au vote lors du tour suivant. Cela a permis l'émergence de nouvelles idées.

Le récapitulatif des réponses des tours précédents a permis aux participants de confronter leurs points de vue avec l'ensemble du groupe. Ils ont ainsi pu reconsidérer leurs avis, s'ils le souhaitaient, lors des tours suivants.

Il existe des limites à notre étude en partie lié au fait que cela est notre premier travail de recherche. Le processus de recrutement des experts a été basé sur l'auto-évaluation de leurs compétences sur le sujet. Nous avons relevé que certains experts

ont répondu à des questions pour lesquelles leur profession laisse à supposer qu'ils n'ont pas les connaissances requises pour y répondre. Par exemple, des experts diététiciens ont répondu aux propositions concernant les examens complémentaires.

Des experts ont manifesté leur souhait de participer à notre étude après la clôture du premier tour et l'exploitation des premiers résultats, nous n'avons donc pas pu les inclure. Nous aurions aimé encore élargir le champ de la pluridisciplinarité en associant des enseignants en activité physique adaptée. Bien que nous en ayons sollicité, aucun n'a répondu à notre demande.

Nous avons établi une liste de propositions limitées ce qui a pu engendrer un biais de subjectivité. Une proposition jugée appropriée n'engendre pas de débat d'opinion et freine l'émergence d'idée. L'absence de débat direct entre les participants limite l'apparition d'opinions divergentes de la norme. Nous avons tenté d'y pallier en proposant aux participants de laisser des commentaires libres.

La procédure en plusieurs tours d'enquête peut s'avérer fastidieuse et contraignante. Cela a probablement engendré un biais de perdus de vue.

Nous avons proposé aux experts d'émettre un commentaire non obligatoire pour les cotations inférieures à 8 afin de préciser leur position et/ou d'apporter des pistes d'amélioration. Il est possible que cela ait favorisé un biais de réponse en incitant les participants à mettre des cotations supérieures ou égales à 8. De nombreuses propositions n'ont pas été justifiées, nous laissant parfois retravailler les items sans réelle piste d'amélioration. Cela peut être dû à une mauvaise compréhension de notre travail ou à un manque de temps. Par ailleurs, ils existent un biais de formulation car certains commentaires laissent à penser que nos objectifs n'ont pas été pleinement compris par les participants (par exemple : « *J'ai l'impression qu'il s'agit d'un triptyque à remettre aux patients* » E11).

2. Validation du contenu de l'outil et comparaison à la littérature existante

La majorité des propositions retenues et jugées pertinentes pour apparaître dans un futur outil sont conformes avec les recommandations actuelles. Elles sont également concordantes avec les données retrouvées sur le site « Obéclic »(19) qui est un outil exhaustif pour le dépistage et la prise en charge du surpoids infantile.

Contrairement à la synthèse des recommandations de bonne pratique de la HAS (20), nos propositions sont plus étayées afin d'être concrètes pour une application en médecine générale. C'est le cas, entre autres, pour les propositions concernant les complications du surpoids ou bien l'évaluation du sommeil.

Certaines propositions n'ont pas obtenu de consensus contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer. Des experts ont remis en cause les recommandations de la HAS concernant la réalisation des examens complémentaires, soulevant le facteur anxiogène qui peut en résulter ainsi que le faible rendement de ces examens. Ils ont validé la proposition qui notifie l'intérêt limité de la réalisation d'examens complémentaires en prise en charge initiale. Cela va dans le sens d'une volonté actuelle de limiter la surmédicalisation (16). La réalisation du certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique n'a également pas obtenu de consensus. Dans les recommandations de la HAS, son utilisation est justifiée « pour limiter les dispenses totales d'éducation physique et sportive et pour améliorer les pratiques physiques existantes ». Les experts sont en désaccord avec la réalisation de ce certificat, craignant une stigmatisation de l'enfant.

Des outils pour la prise en charge du surpoids infantile (19,21) préconisent l'utilisation de repères à l'aide de la main (22) pour quantifier les rations alimentaires. De telles pratiques ont été décriées par notre panel d'experts, soulevant le risque de restriction cognitive (23) que cela pouvait induire.

La pertinence de notre travail vient du fait que nous avons un panel d'experts majoritairement issu des soins primaires ce qui permet de rendre le contenu d'un futur outil applicable à la pratique des médecins généralistes. L'ajout d'exemples de questions ouvertes pour guider la consultation a rendu notre travail original et a pour but de donner des pistes pour accompagner les médecins lors de leur discussion avec leurs patients et leurs familles à la manière des techniques d'entretien motivationnel (24). Nous n'avons pas retrouvé de travaux similaires dans la littérature.

3. Perspectives

Les recommandations de la HAS sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité sont en cours de réactualisation et devraient paraître courant 2022. Il sera alors intéressant de les comparer et peut être de les intégrer à notre travail.

La création de l'outil n'a pas pu être réalisée du fait d'une contrainte de temps. Cela pourra faire l'objet d'une prochaine thèse. Toutefois, à l'issue de ce travail, nous présentons une proposition d'outil sous forme de dépliant (Annexe XV).

V – CONCLUSION

Les médecins généralistes estiment que l'obésité pédiatrique est un problème complexe mais néanmoins important, face auquel ils peuvent ressentir un sentiment d'impuissance (11). Notre objectif était de valider le contenu d'un futur outil d'aide à la prise en charge du surpoids et de l'obésité à destination des médecins de premier recours. Pour cela, nous avons mené une étude scientifique rigoureuse en utilisant les recommandations existantes et les données de la littérature et en procédant à une recherche de consensus selon la méthode DELPHI. Nous avons sollicité l'avis de vingt-sept professionnels de santé experts de cette pathologie, dont plusieurs exerçant en soins primaires, et nous les avons questionnés à trois reprises. Afin d'optimiser le contenu d'un futur outil pour un usage en soin primaire, nous avons pris en compte les remarques et les propositions d'amélioration formulées par ces experts. Finalement, nous avons validé cinquante-cinq propositions par consensus. Notre travail s'est avéré pertinent car certaines propositions différaient de celle des recommandations existantes.

Par la suite, il sera nécessaire de créer un outil ergonomique pour un usage optimal en soins primaire, de l'évaluer et de le diffuser.

THÈSE SOUTENUE PAR : Pierre GIRARDET et Charline RABOUAN

TITRE :

VALIDATION DU CONTENU D'UN OUTIL D'AIDE À LA CONSULTATION DU SURPOIDS INFANTILE (DONT OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE) EN SOINS PRIMAIRES SELON LA MÉTHODE DELPHI.

CONCLUSION :

Les médecins généralistes estiment que l'obésité pédiatrique est un problème complexe mais néanmoins important, face auquel ils peuvent ressentir un sentiment d'impuissance.

Notre objectif était de valider le contenu d'un futur outil d'aide à la prise en charge du surpoids et de l'obésité à destination des médecins de premier recours.

Pour cela, nous avons mené une étude scientifique rigoureuse en utilisant les recommandations existantes et les données de la littérature et en procédant à une recherche de consensus selon la méthode DELPHI.

Nous avons sollicité l'avis de vingt-sept professionnels de santé experts de cette pathologie, dont plusieurs exerçant en soins primaires, et nous les avons questionnés à trois reprises. Afin d'optimiser le contenu d'un futur outil pour un usage en soin primaire, nous avons pris en compte les remarques et les propositions d'amélioration formulées par ces experts.

Finalement, nous avons validé cinquante-cinq propositions par consensus. Notre travail s'est avéré pertinent car certaines propositions différaient de celle des recommandations existantes.

Par la suite, il sera nécessaire de créer un outil ergonomique pour un usage optimal en soins primaire, de l'évaluer et de le diffuser.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

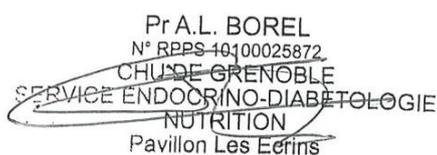


Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr A.L. BOREL
N° RPPS 40100025872
CHU DE GRENOBLE
SERVICE ENDOCRINO-DIABÉTOLOGIE
NUTRITION
Pavillon Les Eérins

Pr. Anne-Laure BOREL

BIBLIOGRAPHIE

1. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution depuis 2006. Bull Epidemiologique Hebd. 2017;(13):234-41.
2. Walley AJ, Asher JE, Froguel P. The genetic contribution to non-syndromic human obesity. Nat Rev Genet. juill 2009;10(7):431-42.
3. Poti JM, Braga B, Qin B. Ultra-processed Food Intake and Obesity: What Really Matters for Health – Processing or Nutrient Content? Curr Obes Rep. déc 2017;6(4):420-31.
4. Buoncristiano M, Williams et al. Socioeconomic inequalities in overweight and obesity among 6- to 9-year-old children in 24 countries from the World Health Organization European region. Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes. nov 2021;22 Suppl 6:e13213.
5. M. Nicolino, C. Villanueva. Surpoids et obésité de l'enfant. Rev Prat. déc 2015;65:1275-7.
6. Tounian P. Conséquences à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 juin 2007;14(6):718-20.
7. Boujon L, Balvay C. Surpoids et obésité de l'enfant : freins à la prise en charge par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2020.
8. Petras L, Lilia L. Prise en charge de l'obésité infantile : vécu du médecin généraliste. 28 mai 2021;87.
9. Le Blanc C, Pavageau S. Évaluation des pratiques et des besoins des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans le dépistage et la prise en charge des enfants âgés de 2 à 15 ans en situation de surpoids ou d'obésité. France; 2019.
10. Benoit J. Obésité infantile en cabinet de médecine générale dans le département du Gard: dépistage et prise en charge [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2018.
11. Villeroy Reville M. Dépistage et prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent: les besoins des médecins généralistes du département des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [Nice]: Sophia Antipolis; 2015.
12. Vimeux L. Pratiques et attentes des médecins généralistes et pédiatres libéraux de Poitou-Charentes concernant le diagnostic et la prise en charge de l'obésité pédiatrique [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
13. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (Actualisation des recommandations 2003). Paris: HAS; 2011 sept.
14. Perotin A. Obéclis: élaboration et évaluation d'un outil informatique d'aide au dépistage et au suivi du surpoids et de l'obésité de l'enfant en soins premiers [Thèse d'exercice]. Université de Lille ; 2018
15. Dutrieu Pascaud S. Prévention et dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : le rôle clé du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2016.
16. Obésité des enfants et des adolescents : un guide de la HAS médicalise le surpoids sans preuve d'innocuité. Prescrire. juill 2012;32(345):548.

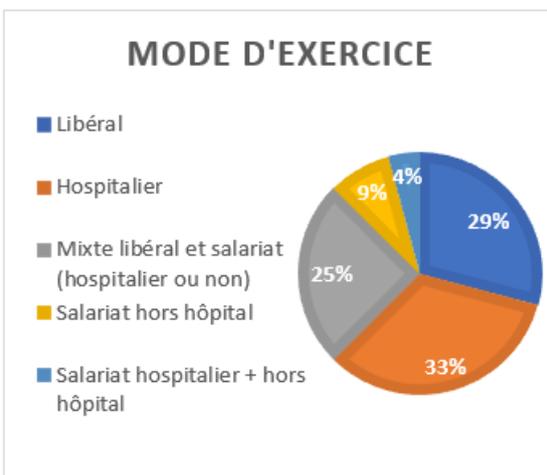
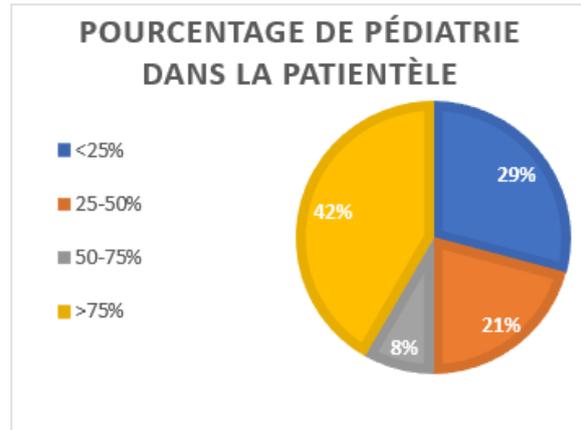
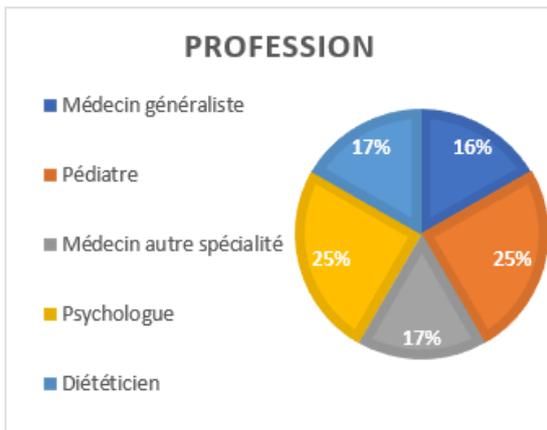
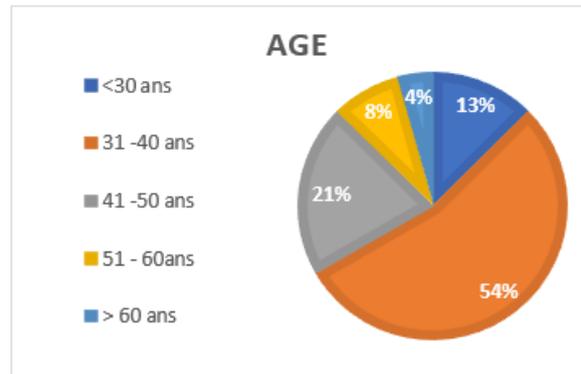
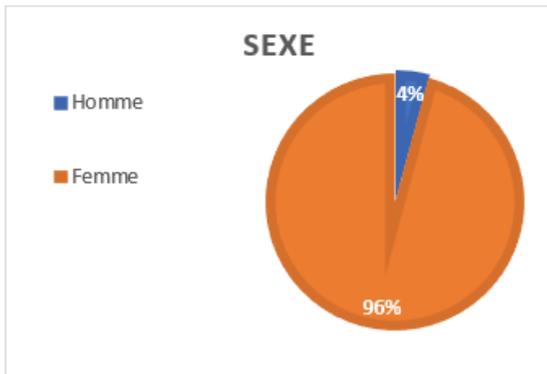
17. Letriliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelles méthodes utilisées ? *Exercer*. 2011;22(99):170-7.
18. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. oct 2000;32(4):1008-15.
19. Accueil | Obéclic [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.obeclic.fr/>
20. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS; 2011 sept.
21. Verdavainne A. Construction d'un outil pratique et adapté aux médecins généralistes pour la prise en charge des enfants obèses ou en surpoids de 6 à 12 ans [Thèse d'exercice]. Paris XII; 2010.
22. Schliengers JL, Wagentrutz A. Diététique et surpoids : une prescription à portée de main. *Médecine des Maladies Métaboliques*. mars 2010;4(2):153-6.
23. Le Barzic M. Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire. *Diabetes & Metabolism*. 27(4):512.
24. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2019. 448 p.

ANNEXES

Annexe I – Caractéristiques de la population d'experts

Sexe	Tranche d'âge	Profession	Département d'exercice	Zone d'activité	Mode d'exercice
Femme	31 - 40 ans	Diététicienne	42	-	Hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Pédiatre	63	Semi-rurale	Hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Psychologue	38	-	Libéral
Femme	51 - 60	Pédiatre	38	-	Hospitalier
Femme	< 30 ans	MG	38	-	Libéral
Femme	41 - 50 ans	Diététicienne	93	-	Libéral
Femme	41 - 50 ans	Psychologue	38	-	Mixte libéral et salariat hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Psychologue	38	Urbaine	Libéral
Homme	41 - 50 ans	Pédiatre	63	-	Hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Pédiatre	21	-	Hospitalier
Femme	31 - 40 ans	MG	63	-	Mixte libéral et salariat hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Endocrinologue Nutritionniste	38	-	Hospitalier
Femme	51 - 60	Diététicienne	63	Semi rurale	Libéral
Femme	41 - 50 ans	Diététicienne	73	Rurale et urbaine	Mixte libéral et salariat hors hospitalier
Femme	< 30 ans	MG	38	Urbaine	Libéral
Femme	< 30 ans	Psychologue	38	-	Mixte libéral et salariat hospitalier
Femme	41 - 50 ans	Médecin de PMI	03	Urbaine/semi rurale	Salariat hors hôpital
Femme	31 - 40 ans	Psychologue	38	-	Mixte libéral et salariat hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Médecin de PMI	43	Rurale	Salariat hors hôpital
Femme	31 - 40 ans	Médecin coordinateur	69	-	Salariat hospitalier et hors hôpital
Femme	31 - 40 ans	MG/ médecin coordinateur	38	-	Mixte libéral et salariat hors hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Pédiatre	87	-	Hospitalier
Femme	60 et plus	Pédiatre	Région PACA	-	Hospitalier
Femme	31 - 40 ans	Psychologue	-	-	Libéral

Caractéristiques de la population d'experts (suite) :



Annexe II – Fiche d'information pour le recrutement des experts

Thèse de médecine générale :

Création et validation d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode DELPHI.

Chère consœur, cher confrère,

Nous sollicitons votre aide dans le cadre d'une thèse de médecine générale portant sur le surpoids de l'enfant.

Contexte :

Le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents est une maladie chronique multifactorielle complexe dont la prévalence importante en France (18% des enfants en surpoids et 4% en obésité en 2015) confronte régulièrement le médecin généraliste et pédiatre à cette problématique en consultation.

Il ressort, au travers de nos recherches bibliographiques, que la prise en charge de cette maladie est souvent perçue comme difficile par les médecins de premiers recours. Ces derniers mettent en évidence un manque de connaissance de la pathologie et dans sa prise en charge et se sentent parfois dépourvus en moyens techniques pour assurer ces consultations.

But de l'étude :

Le but de notre travail est d'améliorer la prise en charge du surpoids des enfants et de faciliter le travail du médecin de premier recours à son cabinet en proposant un outil type brochure (Vous trouverez un exemple du modèle en pièce jointe) facilement accessible, ergonomique et concis de la prise en charge du surpoids de l'enfant et utilisable en version informatique ou imprimable.

Méthode :

Pour valider le contenu de notre brochure, nous avons choisi de réaliser une méthode DELPHI qui est une technique d'élaboration de consensus obtenue en croisant les avis d'experts de manière répétée.

Nous souhaiterions recueillir votre avis en tant qu'expert du sujet par le biais d'un questionnaire comportant une liste d'items dont **vous aurez à évaluer pour chacun d'eux la pertinence de leur présence dans le guide d'aide à la consultation** : *Pour chaque item, vous évaluerez entre 1 (Pas du tout pertinent) et 10 (Tout à fait pertinent) votre degré d'adhésion avec la proposition. Vous aurez également la possibilité de laisser un commentaire pour argumenter votre choix et/ou faire une autre proposition.*

Les propositions du premier questionnaire sont issues de la littérature et notamment des recommandations HAS concernant le surpoids de l'enfant datant de septembre 2011.

A l'issue de ce questionnaire, nous vous ferons une synthèse des réponses obtenues et nous vous soumettrons lors d'un second questionnaire les propositions reformulées n'ayant pas fait consensus.

Toutes les réponses sont dé-identifiées. Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 30 minutes. Trois tours de questionnaires sont prévus sur une durée de quatre mois.

Engagement des investigateurs :

En tant qu'investigateur principal, nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Le financement de cette étude est à la charge des investigateurs. Nous déclarons ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec cette étude.

Liberté du participant :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans avoir à en préciser la raison.

Au décours de cette étude, une brochure « guide d'entretien » sera créée et vous sera adressée si cela vous intéresse. Il vous sera également possible de la diffuser auprès de vos confrères si vous le souhaitez.

Nous vous remercions de votre participation et restons à votre disposition pour toutes questions.

Bien confraternellement,

Pierre Girardet

Médecin généraliste remplaçant

pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Charline Rabouan

Médecin généraliste remplaçante

charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Sous la direction du Dr Royer de Vericourt

guillaume.de-vericourt@univ-grenoble-alpes.fr

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), la déclaration de l'étude a été traitée et portée au registre du CIL de l'Université Grenoble-Alpes.

Annexe III – Mail aux experts pour le premier tour de questionnaire

Cher(e) participant(e),

Merci de l'intérêt que vous portez pour notre sujet de thèse.

Voici arrivé le moment de répondre au premier questionnaire.

Pour rappel, nous souhaiterions recueillir votre avis en tant qu'expert du sujet par le biais d'un questionnaire comportant une liste d'items dont vous aurez à évaluer pour chacun d'eux la pertinence de leur présence dans le guide d'aide à la consultation pour les enfants en surpoids.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

{SURVEYURL}

Pour le bon déroulement de notre étude, nous vous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire avant le 12 novembre.

En l'absence de réponse au questionnaire, nous vous enverrons un rappel 10 jours avant la date de clôture du questionnaire.

En cas de difficulté pour accéder au questionnaire ou en cas de questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe IV – Mail de relance pour le premier tour

Cher(e) participant(e),

Vous avez été invité(e) à participer à un questionnaire récemment dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Nous avons pris en compte que vous n'avez pas encore complété le questionnaire, et nous vous rappelons que celui-ci est disponible jusqu'au 12 novembre 2021 si vous souhaitez participer.

Votre participation nous serait d'une grande aide pour notre étude et la concrétisation du guide d'aide à la consultation des enfants en surpoids.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

{SURVEYURL}

Nous sommes à votre disposition si vous présentez des difficultés ou bien pour répondre à vos questions.

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe V – Mail de lancement du deuxième tour de questionnaire

Cher(e) participant(e),

Encore une fois merci de l'intérêt que vous portez pour notre sujet de thèse et merci pour votre participation au premier tour de questionnaire.

Voici le moment de répondre au second questionnaire.

Pour rappel, nous souhaiterions recueillir votre avis en tant qu'expert du surpoids et/ou obésité de l'enfant et adolescent par le biais d'un questionnaire comportant une liste d'items dont vous aurez à évaluer pour chacun d'eux la pertinence de leur présence dans le guide d'aide à la consultation pour les enfants en surpoids.

Vous avez, en pièce jointe du mail, les résultats du premier tour de questionnaire avec les premières propositions ayant été validées ainsi que les différents commentaires qui ont été laissés.

Nous vous conseillons de les lire avant de répondre au questionnaire mais vous pourrez également y avoir accès tout au long du questionnaire en cliquant sur le lien "PDF Résultats du 1er tour pour les experts".

En cas de désaccord avec une proposition ou sa formulation, nous vous invitons à leur faire ressentir par votre cotation.

Nous vous demandons également de bien vouloir justifier ou expliquer votre cotation en cas de réponse notée < 8.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

{SURVEYURL}

Pour le bon déroulement de notre étude, nous vous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire avant le 15 décembre.

En l'absence de réponse au questionnaire, nous vous enverrons un rappel 10 jours avant la date de clôture du questionnaire.

En cas de difficulté pour accéder au questionnaire ou en cas de questions, n'hésitez pas à nous contacter.

(Pour ceux qui ne l'auraient pas reçu lors du premier tour, nous avons mis en pièce jointe le brouillon du guide d'aide à la consultation actualisé avec les premières propositions validées)

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe VI – Mail de relance du deuxième tour

Cher(e) participant(e),

Vous avez été invité(e) à participer à un questionnaire récemment dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Nous avons pris en compte que vous n'avez pas encore complété le questionnaire, et nous vous rappelons que celui-ci est disponible jusqu'au 15 décembre 2021 si vous souhaitez participer. Nous vous avons joint un PDF contenant les résultats et commentaires issus du premier tour de questionnaire. Nous vous invitons à en prendre connaissance avant de remplir ce second questionnaire. Vous pourrez y avoir accès pendant la réalisation du questionnaire en cliquant sur "PDF Résultat 1er tour pour les experts" au niveau de la partie supérieure de chaque page. En cas de désaccord avec une proposition ou sa formulation, nous vous invitons à leur faire ressentir par votre cotation. Nous vous demandons également de bien vouloir justifier ou expliquer votre cotation en cas de réponse notée < 8. Votre participation nous serait d'une grande aide pour notre étude et la concrétisation du guide d'aide à la consultation des enfants en surpoids.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.
{SURVEYURL}

Nous sommes à votre disposition si vous présentez des difficultés ou bien pour répondre à vos questions.

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)
Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe VII – Mail de lancement du troisième tour

Cher(e) participant(e),

Tout d'abord, nous vous souhaitons une très bonne année.

Encore une fois merci de l'intérêt que vous portez pour notre sujet de thèse et merci pour votre participation au deuxième tour de questionnaire.

Voici le moment de répondre au troisième et dernier questionnaire.

Pour rappel, nous souhaiterions recueillir votre avis en tant qu'expert du surpoids et/ou obésité de l'enfant et adolescent par le biais d'un questionnaire comportant une liste d'items dont vous aurez à évaluer pour chacun d'eux la pertinence de leur présence dans le guide d'aide à la consultation pour les enfants en surpoids. Nous aimerions que ce guide soit par la suite une aide aux médecins généralistes lors de leurs consultations.

Vous avez, en pièce jointe du mail, les résultats du second tour de questionnaire avec les propositions ayant été validées ainsi que les différents commentaires qui ont été laissés.

Nous vous conseillons de les lire avant de répondre au questionnaire mais vous pourrez également y avoir accès tout au long du questionnaire en cliquant sur le lien vers le PDF "Résultats du 2e tour pour les experts".

En cas de désaccord avec une proposition ou sa formulation, nous vous invitons à leur faire ressentir par votre cotation.

Nous vous demandons également de bien vouloir justifier ou expliquer votre cotation en cas de réponse notée < 8.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

{SURVEYURL}

Pour le bon déroulement de notre étude, nous vous demandons de bien vouloir répondre au questionnaire avant le 21 janvier 2022.

En l'absence de réponse au questionnaire, nous vous enverrons un rappel 10 jours avant la date de clôture du questionnaire.

En cas de difficulté pour accéder au questionnaire ou en cas de questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Nous vous avons à nouveau joint le prototype de brochure avec les propositions validées.

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe VIII – Mail de relance du troisième tour

Cher(e) participant(e),

Vous avez été invité(e) à participer à un questionnaire récemment dans le cadre de notre thèse de médecine générale.

Nous avons pris en compte que vous n'avez pas encore complété le questionnaire, et nous vous rappelons que celui-ci est disponible jusqu'au 21 janvier 2022 si vous souhaitez y participer. Nous vous avons joint un PDF contenant les résultats et commentaires issus du second tour de questionnaire. Nous vous invitons à en prendre connaissance avant de remplir ce troisième questionnaire. Vous pourrez y avoir accès pendant la réalisation du questionnaire en cliquant sur "Résultats 2e tour pour les experts" au niveau de la partie supérieure de chaque page. En cas de désaccord avec une proposition ou sa formulation, nous vous invitons à leur faire ressentir par votre cotation. Nous vous demandons également de bien vouloir justifier ou expliquer votre cotation en cas de réponse notée < 8. Votre participation nous serait d'une grande aide pour notre étude et la concrétisation du guide d'aide à la consultation des enfants en surpoids.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.
{SURVEYURL}

Nous sommes à votre disposition si vous présentez des difficultés ou bien pour répondre à vos questions.

Cordialement,

Pierre Girardet (pierre.girardet@etu.univ-grenoble-alpes.fr)
Charline Rabouan (charline.rabouan@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Annexe IX – Premier tour de questionnaire

Guide d'aide à la consultation du surpoids de l'enfant - Tour 1

Thèse en médecine générale : " Création et validation d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode DELPHI. "

Bonjour et merci de participer à notre projet de thèse, nous en sommes ravis.

Nous souhaitons créer un guide pour les médecins de premiers recours pour les aider dans leurs consultations avec des enfants en surpoids. Ce guide prendra la forme d'une brochure.

Pour valider le contenu de notre brochure, nous avons choisi de réaliser une méthode DELPHI qui est une technique d'élaboration de consensus obtenue en croisant les avis d'experts de manière répétée et anonymisée.

Nous souhaiterions recueillir votre avis en tant qu'expert du sujet par le biais d'un questionnaire comportant une liste d'items dont vous aurez à évaluer pour chacun d'eux la pertinence de leur présence dans le guide d'aide à la consultation :

Pour chaque item, vous évalueriez entre 1 (Pas du tout pertinent) et 10 (Tout à fait pertinent) votre degré d'adhésion avec la proposition. Vous avez également la possibilité de laisser un commentaire pour argumenter votre choix et/ou faire une autre proposition.

Les propositions du premier questionnaire sont issues de la littérature et notamment des recommandations HAS concernant le surpoids de l'enfant datant de septembre 2011.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 30 minutes.

Il y a 32 questions dans ce questionnaire.

Questions préliminaires

Vous êtes un(e) : *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
 Femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 30 ans
 31 - 40 ans
 41 - 50 ans
 51 - 60
 > 60 ans

Vous êtes : *

● Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Médecin généraliste
 Pédiatre
 Psychologue
 Diététicien(ne)

Autre:

Dans quel département exercez vous ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre mode d'exercice ? *

● Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
 Hospitalier
 Rural
 Urbain
 Semi-rural

Autre:

Quel pourcentage de pédiatrie avez vous dans votre pratique ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 25 %
 25 - 50 %
 50 - 75 %
 > 75 %

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse

Les prochains items sont relatifs à l'examen clinique et paraclinique de l'enfant ainsi qu'aux éléments devant alerter le médecin de premier recours (risque de surpoids voir obésité ou bien des éléments évoquant une obésité secondaire)

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

*sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question ; 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent.

NB : HTA = Hypertension artérielle; SAOS = Syndrome d'apnée obstructive du sommeil; EAL = exploration d'une anomalie lipidique

Signes d'alerte

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ascension brutale de la courbe d'IMC	<input type="radio"/>									
Obésité avec ralentissement de la courbe de croissance staturale	<input type="radio"/>									
Comorbidités (HTA, SAOS, plaintes ostéoarticulaires, psychopathologie)	<input type="radio"/>									
Signes évocateurs d'une obésité secondaire (dysmorphie, acanthosis nigricans, vergetures pourpres, ...)	<input type="radio"/>									
Obésité avec handicap psychologique et/ou fonctionnel dans la vie quotidienne	<input type="radio"/>									
Contexte familial défavorable (précarité, maltraitance)	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Commentaires éventuels :

Veuillez écrire votre réponse ici :

QUID des examens complémentaires ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas systématique	<input type="radio"/>									
Si surpoids + antécédent familial de diabète de type 2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Bilan bio avec EAL + glycémie à jeun + transaminases	<input type="radio"/>									
Si signes d'obésité secondaire : compléter le bilan avec TSH, T3L, T4L, cortisolémie à 8H ± IRMc	<input type="radio"/>									

Partie 2 : Environnement de l'enfant

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation de l'environnement de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent ; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Situation familiale : place de l'enfant dans la fratrie, situation conjugale des parents	<input type="radio"/>									
Evaluation du climat familial (violence intrafamiliale, maltraitance)	<input type="radio"/>									
Mode éducatif (permissif, autoritaire, démocratique)	<input type="radio"/>									
Lieu de vie : maison, appartement, accès à un terrain extérieur, ville, campagne.	<input type="radio"/>									
Scolarité (classe, existence de difficultés scolaires)	<input type="radio"/>									
Statut socio- économique des parents	<input type="radio"/>									
Antécédents familiaux (psychiatrique, trouble du comportement alimentaire, surpoids/obésité)	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intégrer les 2 parents dans la prise en charge	<input type="radio"/>									
Mise en place d'une « cohérence familiale éducative », avec un cadre ni trop autoritaire ni trop permissif.	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation psychologique de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent ; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Représentation du schéma corporel par l'enfant et sa famille et du surpoids/obésité de manière générale	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>Que penses-tu de ton poids ?</i> (Reprendre les mots utilisés par l'enfant ou sa famille pour la discussion)	<input type="radio"/>									
Moquerie, harcèlement, stigmatisation (recherche d'isolement au niveau social)	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>qu'est ce que tes camarades disent de ton poids ?</i>	<input type="radio"/>									
Etat émotionnel de l'enfant	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>Est-ce que tu te sens triste ? Pourquoi ?</i>	<input type="radio"/>									
Motivation au changement de l'enfant et de ses parents	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>Es-tu prêt à modifier tes habitudes ? Comment ?</i>	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Renforcer l'estime de soi de l'enfant	<input type="radio"/>									
Déculpabiliser l'enfant et/ou la famille (existence d'une part génétique/épigénétique et prédisposition au surpoids)	<input type="radio"/>									
Différer la prise en charge si l'enfant ne se sent pas concerné (sauf si obésité importante ou complications) car il y a un risque d'échec de la prise en charge	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Partie 4 : Activité physique

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation des activités de l'enfant et de son sommeil puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent ; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question.

NB : REPOPOP = Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sport : type, fréquence, durée, intensité	<input type="radio"/>									
Activité de la vie quotidienne (loisirs, jeux, tâches ménagères)	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>Que fais-tu en dehors de l'école ?</i>	<input type="radio"/>									
Mode de déplacement	<input type="radio"/>									
Evaluation de la notion de plaisir lié à l'activité physique	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : <i>Qu'est-ce que tu aimes faire ? Qu'est-ce qu'il te plaît dans le fait de faire ... ?</i>	<input type="radio"/>									
Limites à l'activité physique (gêne fonctionnelle, difficulté financière pour l'accès à une activité)	<input type="radio"/>									
Sédentarité (temps devant les écrans par jour)	<input type="radio"/>									
Sommeil (temps, qualité, risque de SAOS (questionnaire de Chervin))	<input type="radio"/>									

Commentaires :

Veillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Augmenter le temps d'activité physique et diminuer le temps sédentaire en ayant des objectifs progressivement croissants et facilement réalisables (idéalement proposé par l'enfant).	<input type="radio"/>									
Accès aux activités via école, REPPOP, ville, associations sportives, utilisation d'application smartphone...	<input type="radio"/>									
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive si nécessaire.	<input type="radio"/>									
Mise en place d'outils de suivi/recueil des activités (en intensité et durée) type semainier.	<input type="radio"/>									

Commentaires

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 5 : Diététique

Les prochaines propositions sont relatives à la prise en charge nutritionnelle (évaluation et piste d'amélioration)

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

*1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question

NB : PNNS = Programme Nationale Nutrition Santé

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habitude alimentaire (nombre de repas, grignotage, composition des repas, taille des rations)	<input type="radio"/>									
Cadre du repas (durée du repas, en famille ou non, présence d'un écran)	<input type="radio"/>									
Rapport à la nourriture (sensation de faim, envie, situations favorisant les prises alimentaires (stress, colère, ennui...))	<input type="radio"/>									
Evaluation d'un repas équilibré selon les parents et l'enfant	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PAS de régime ni d'interdiction d'aliment	<input type="radio"/>									
Eveil au repas / Ecoute de ses sensations alimentaires (faim, envie, ennui)	<input type="radio"/>									
Réalisation d'un semainier avec les repas	<input type="radio"/>									
Utilisation des repères du PNNS (guide PNNS, repères avec la main de l'enfant pour les quantités)	<input type="radio"/>									
Repas équilibré pour toute la famille et pas uniquement l'enfant	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veillez écrire votre réponse ici :

Partie 6 : Synthèse

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent ; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question.

But de la prise en charge :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ralentir la progression de la courbe de croissance	<input type="radio"/>									
La perte de poids n'est pas l'objectif principal	<input type="radio"/>									

Détermination des objectifs de la prise en charge :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formulation positive des objectifs	<input type="radio"/>									
Nombre limité et réalisable	<input type="radio"/>									
En accord avec l'enfant et sa famille	<input type="radio"/>									

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Programmer le prochain rendez-vous.	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Evaluation de l'outil

Les prochaines affirmations concerne l'outil brochure que nous vous avons présentés en pièce jointe par mail.

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à cette proposition.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent ; Sans réponse = Je ne suis pas expert pour répondre à la question

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La réalisation du guide sous forme de brochure est ergonomique	<input type="radio"/>									
Ce format est adapté pour une utilisation en consultation	<input type="radio"/>									

Commentaires éventuels :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci de votre participation et pour votre temps !

Nous reviendrons prochainement vers vous pour la réalisation du second questionnaire.

Annexe X – Résultats et commentaires du 1^e tour

Résultat du 1^e tour :

Les propositions surlignées en vert sont les propositions qui ont obtenu un consensus positif sans désaccord ni discordance des commentaires. Ces propositions ont donc été validées pour intégrer le futur guide d'aide aux consultations du surpoids infantile pour les médecins de premiers recours.

Pour les autres propositions, nous les avons reformulées à l'aide des commentaires et elles seront à nouveau soumises à votre expertise lors du second tour de questionnaire.

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse

Signes d'alerte :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Ascension brutale de la courbe d'IMC	0	92	Oui	Non	Oui
Obésité avec ralentissement de la courbe de croissance staturale	0	100	Oui	Non	Non
Comorbidités (HTA, SAOS, plaintes ostéoarticulaires, psychopathologie)	0	92	Oui	Non	Oui
Signes évocateurs d'une obésité secondaire (dysmorphie, acanthosis nigricans, vergetures pourpres, ...)	0	81	Oui	Non	Oui
Obésité avec handicap psychologique et/ou fonctionnel dans la vie quotidienne	0	88	Oui	Non	Non
Contexte familial défavorable (précarité, maltraitance)	0	96	Oui	Non	Non

Commentaires :

E11 : « - Acanthosis nigricans : n'est pas un marqueur d'obésité secondaire
- vergeture pourpre : signe séméiologique souvent confondu dans la pratique des vergetures "simples"
- le handicap psychologique ou fonctionnel peut entrer dans le cadre des comorbidités ?
- lire les 2 courbes de Taille et IMC simultanément !!! »

E13 : « Pour ce qui est des courbes, également rebond d'adiposité précoce et changement rapide de couloir IMC vers le haut. »

E20 : « travaillant en PMI, et ne voyant en consultation que des enfants entre 0 et 6 ans, il m'est difficile de répondre à certaines questions »

E23 « La notion de "signe d'alerte" ne convient pas à mon sens et est source de confusion.
Signe d'alerte de quoi ? de risque de développer un excès pondéral ? devant amener à rechercher une obésité secondaire ? signe de gravité ? qui nécessite un suivi rapproché ?
Il faudrait préciser= tous ces signes, à mon sens, sont des signes d'alerte devant amener le MG à demander un ou des avis spécialisés (centre spécialisé de l'obésité, pédiatre endocrinologue, cardiologue, médecin du sommeil etc....)

Le MG a besoin de savoir : quand, comment et vers qui orienter. Et surtout dans quel délai
Le message à faire passer c'est qu'en obésité pédiatrique il y a rarement d'urgence à orienter (sauf en cas d'épiphysiolyse de la tête fémorale, de suspicion de tumeur cérébrale ou semi-urgence surtout liées aux complications ou comorbidités : HTA ou Asthme compliqué par exemple).

Les comorbidités mériteraient d'être + détaillées ou suivies de "..."

Attention erreur : les signes évocateurs d'une obésité secondaire sont (entre autres) une ascension brutale de la courbe avant 3 ans, un ralentissement de la courbe de croissance staturale, une

dysmorphie, des vergetures pourpres etc... L'acanthosis nigricans est un signe évoquant une complication métabolique (insulinorésistance) »

E25 : « Pour les signes évocateurs d'obésité secondaire :

- acanthosis, signe d'insulinorésistance, les obésités sévères en ont tous, pas évocateur de causes secondaires

- vergetures pourpres, à partir d'un certain degré d'obésité ils en ont tous, pas sûr qu'un médecin généraliste fasse la distinction entre des vergetures d'obésité et des vergetures du Cushing, qui sont quasi semblables, mieux vaut les orienter à rechercher une bosse de bison, un faciès lunaire ou une cassure de taille qui sera plus évocatrice.

Pour le handicap, et la précarité ou non, si c'est pour les médecins généralistes ils connaissent bien leurs patients et le milieu, et avec le temps qui est manquant dans leurs consultations, pas sûr que sur un premier entretien ils puissent tout aborder. »

E26 : « Remarque sur cet item : Signes évocateurs d'une obésité secondaire (dysmorphie, acanthosis nigricans, vergetures pourpres, ...)

L'acanthosis nigricans n'est pas un signe en faveur d'une obésité secondaire mais le témoin d'un hyperinsulinisme, conséquence de l'obésité, donc à ne pas mettre ici »

QUID des examens complémentaires ?

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Pas systématique	12	82	Oui	Oui	Non
Si surpoids + antécédent familial de diabète de type 2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Bilan bio avec EAL + glycémie à jeun + transaminases	7	67	Non	Non	Non
Si signes d'obésité secondaire : compléter le bilan avec TSH, T3L, T4L, cortisolémie à 8H ± IRMc	13	67	Non	Non	Non

Commentaires :

E02 : « je prends en compte le z score de l'IMC pour indiquer le bilan ou le poids pour taille >1.8 ainsi que les atcd familiaux »

E11 : « - glycémie à jeun seule = inutile car normale (< 1,10 g/L) la plupart du temps ! préférer GAJ + insulinémie pour calculer le HOMA-IR : avantage : interprétation possible de l'insulinorésistance. Peut-être un marqueur de suivi avec les patients / famille.

- cortisolémie de 8h : très peu rentable : le premier signe biologique d'hypercortisolisme c'est la perte du cycle nyctéméral de Cortisol / ACTH ; i.e. le cortisol de 8h peut être longtemps "normal" dans ce cas ... donc faussement rassurant. Soit ne rien faire, soit proposer un cortisol libre urinaire des 24h ... »

E13 : « Suspicion d'une obésité d'origine endocrinienne seulement si cassure ou ralentissement de la courbe de croissance staturale (ou par exemple taille sur - 2 DS alors que dans l'obésité on s'attend à ce qu'elle soit au-dessus de la moyenne).

Si suspicion d'une origine génétique : questionnaire Obsgen +/- consultation de génétique. »

E14 : « La cortisolémie à 8h ne donnera aucune indication sur un possible hypercortisolisme elle permet uniquement d'affirmer une insuffisance corticotrope.
Pour le diagnostic d'hypercortisolisme il doit être réalisé un CLU. »

E16 : « 1. Pas systématique sur un surpoids ou une obésité commune

2. Si obésité et non surpoids selon moi et en tout cas pas si l'enfant est très jeune

3. IRMc à proposer dans un 2eme temps après les résultats des bio : très traumatisant pour les familles »

E 17 : « Je prescris le bilan bio EAL, glycémie à jeun, transaminases et insulïnémie lors d'une obésité sévère ou obésité avec antécédent familial de DT2 ou de dyslipidémie.
En cas d'obésité sévère, je fais un courrier pour une consultation cardiologique avec épreuve d'effort.
En cas d'obésité secondaire, je prescris le cortisol libre urinaire plutôt que la cortisolémie à 8h dans un premier temps, ainsi que le bilan thyroïdien. »

E 23 : « Si signes d'obésité secondaire : orienter l'enfant vers un spécialiste (endocrinologue pédiatrique et/ou centre spécialisé de l'obésité) »

E24 : « cortisol libre urinaire des 24h si suspicion d'hypercorticisme ajout insulïnémie intéressante pour les biologies en repérage des complications métaboliques (signe précoce d'insulïnorésistance, indice de HOMAR rendu par le labo éventuellement) »

E25 : « Trop nombreux sont les bilans effectués sur des enfants en surpoids mais en bonne santé, mais pour le 2ème item vous suivez les recos HAS, vous n'avez pas trop le choix, mais elles sont à discuter... Un enfant de 6 ans en surpoids avec ATCD familial de diabète, vous dites bilan mais on ne trouvera jamais un diabète de type 2 à cet âge-là dans ce contexte. D'autres critères existent et sont plus adaptés.

Pour les causes secondaires, il vaut mieux adresser que réaliser eux-mêmes le bilan, ils vont se retrouver avec un TSH augmentée à 8, vont dire hypothyroïdie, traiter l'enfant, et c'est compliqué de rattraper avec la famille par la suite. Ou alors signaler dans votre brochure qu'une TSH peut être augmentée sans élévation de la T4, et que ce n'est en aucun cas une hypothyroïdie, et qu'il ne faut pas traiter »

E26 : « Si signes d'obésité secondaire, on adapte le bilan aux signes...

Par ailleurs la cortisolémie à 8h n'est pas contributive (toujours élevée du fait du seul stress de la prise de sang, surtout chez l'enfant). En cas de doute sur un hypercorticisme, c'est une cortisolurie des 24h qu'il faut faire »

Partie 2 : Environnement de l'enfant

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Situation familiale : place de l'enfant dans la fratrie, situation conjugale des parents	4	67	Non	Non	Non
Evaluation du climat familial (violence intrafamiliale, maltraitance)	0	92	Oui	Non	Non
Mode éducatif (permissif, autoritaire, démocratique)	9	70	Non	Non	Non
Lieu de vie : maison, appartement, accès à un terrain extérieur, ville, campagne.	4	71	Non	Non	Non
Scolarité (classe, existence de difficultés scolaires)	0	83	Oui	Non	Non
Statut socio-économique des parents	8	75	Non	Non	Non
Antécédents familiaux (psychiatrique, trouble du comportement alimentaire, surpoids/obésité)	0	92	Oui	Non	Non

Commentaires :

E02 : « Les problèmes socio-éducatif sont prégnant dans les situations d'obésité sévère »

E06 : « thématique parfois difficile à aborder d'emblée, lors de la même consultation. »

E13 : « Peut-être rajouter s'il y a des mesures éducatives en cours ? »

E 16 : « Tous ces critères sont pertinents mais le médecin traitant reçoit en général l'enfant pour un tout autre motif c'est parfois difficile de poser toute ces questions lors d'un entretien »

E17 : « Il est intéressant également de questionner les rapports intra familiaux, notamment les relations avec la fratrie.

Je demande également la présence de mesures éducative ou judiciaire.

Il est important lors des questions sur la scolarité de dépister un éventuel harcèlement scolaire ou a minima des moqueries.

Je demande également s'il y a déjà eu des consultations concernant le poids et lesquelles (nature, durée, raison de l'interruption ou du changement) ainsi que l'histoire pondérale.

E18 : « Je pense qu'il est nécessaire tout d'abord dépister des situations de maltraitance et de négligence. Pour la dynamique familiale (fratrie etc) il est nécessaire d'orienter vers un psychologue. »

E 23 : « Ces éléments sont des éléments importants à évaluer en + de la classique évaluation des habitudes et rythmes de vie.»

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Intégrer les 2 parents dans la prise en charge	0	96	Oui	Non	Oui
Mise en place d'une « cohérence familiale éducative », avec un cadre ni trop autoritaire ni trop permissif.	0	96	Oui	Non	Non

Commentaires :

E02 : « Difficulté d'accrocher les 2 parents dans une prise en charge »

E11 : « - "les 2 parents" = tous les "parents" !! penser aux familles recomposées, parents isolés, ... donc : parents et beaux-parents le cas échéant !

- Penser à inclure les soutiens éducatifs selon les cas = grands parents, grand frère / grande sœur, ... => l'alimentation c'est l'affaire de tous »

E13 : « Bien dans la théorie, mais dans la pratique beaucoup plus difficile d'intégrer les 2 parents, surtout si conflit familial ... »

E15 : « Intégrer les 2 parents dans la PEC reste idéal dans tous les cas mais surtout, et ce n'est pas le plus simple, quand les parents sont séparés et qu'il y a une garde alternée ! »

E16 : « En cas de séparation, cela peut générer des conflits supplémentaires donc en fonction de la situation et de la relation intra-familiale »

E17 : « L'éducation thérapeutique des deux parents est essentielle »

E18 : « Si on arrive à changer le cadre autour de la nourriture c'est très bien mais l'objectif semble ambitieux pour une consultation médicale. C'est important de comprendre si derrière l'obésité est un besoin affectif ou juste un problème d'hygiène de vie. Si c'est le premier cas le travail est long et systémique. »

E 23 : « Intégrer les 2 parents dans la prise en charge, dans la mesure du possible.

Je dirais même plus largement intégrer la FAMILLE dans son ensemble (fratrie, grands-parents etc... toutes les personnes qui sont impliquées dans la vie quotidienne de l'enfant) »

E26 : « Intégrer les 2 parents si possible »

Partie 3 : Psychologie

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Représentation du schéma corporel par l'enfant et sa famille et du surpoids/obésité de manière générale	8	67	Non	Non	Non
Exemple de question à poser : Que penses-tu de ton poids ? (Reprendre les mots utilisés par l'enfant ou sa famille pour la discussion)	8	83	Oui	Non	Oui
Moquerie, harcèlement, stigmatisation (recherche d'isolement au niveau social)	0	100	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : qu'est-ce que tes camarades disent de ton poids ?	13	78	Non	Non	Non
Etat émotionnel de l'enfant	0	100	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : Est-ce que tu te sens triste ? Pourquoi ?	4	92	Oui	Non	Oui
Motivation au changement de l'enfant et de ses parents	4	92	Oui	Non	Oui
Exemple de question à poser : Es-tu prêt à modifier tes habitudes ? Comment ?	13	88	Oui	Oui	Non

Commentaires :

E02 : « Nous utilisons la pedsQL en fonction des âges »

E11 : « - motivation = à la fois fondamental, mais ne dois pas être un frein à l'accompagnement d'un jeune, pas forcément volontaire initialement. Donc, sans brusquer l'enfant, préciser aux professionnels que cet item n'est pas un motif de non prise en charge : savoir au contraire trouver des leviers à mobiliser pour aider le changement !!! »

E15 : « Questions ouvertes +++ dans cette partie

Ex : « qu'est-ce qu'il te semble possible de changer dans tes habitudes actuelles ? » »

E16 : « Il faut selon moi être plus attentif au moyen d'obtenir les informations. Certains enfants vont très bien avec leur surpoids et il ne faut pas induire du négatif ou stigmatiser le problème de poids. D'autres vont mal pour d'autres motifs que leur poids. De ce fait il me semble important d'élargir le questionnement et de ne pas le limiter au poids.

1. Que penses-tu de ton poids ? la réponse risque d'être "rien" : j'élargirais la question : et toi comment te sens tu ?
2. Qu'est-ce que tes camarades disent de ton poids ? => comment ça se passe à l'école ? et avec les autres élèves ? Est-ce que certains se comportent mal avec toi ? Ne pas limiter le harcèlement au problème de poids
3. Est-ce que tu te sens triste ? on induit déjà la réponse => comment te sent-tu en ce moment ? utiliser des échelles avec des smileys pour évaluer en fonction de l'âge.
4. Es-tu prêt à modifier tes habitudes ? => il répondra oui...=> est-ce qu'il y a des choses que tu pourrais changer (en fonction de l'analyse préalable) dans ton alimentation ou dans tes activités... pour te sentir mieux ?

E17 : « Pour connaître la représentation corporelle de l'enfant, je lui demande comment il se sent dans son corps plutôt que ce qu'il pense de son poids. Plutôt que de demander ce que les camarades pensent de son poids, j'ai tendance à demander s'il y a des moqueries et si oui, sur quoi elles portent. L'évaluation de la motivation au changement ainsi que des attentes du suivi de l'enfant et de ses parents sont essentielles. »

E20 : « Je pense qu'il ne faut pas culpabiliser l'enfant, mais davantage sensibiliser les parents aux modifications du rythme alimentaire. Ce sont eux qui font les courses ! (cf bonbons, sodas...). Je pense que l'enfant ne doit pas être impliqué dans un premier temps. Une fois adolescent, à l'âge où il peut lui-même acheter des aliments, oui, l'impliquer semble important

E23 : « Très bonne idée de donner des exemples de questions ouvertes pour guider les médecins. Personnellement, je trouve que ça pourrait être complémentaire par exemple des recommandations HAS et permettre de guider concrètement les MG »

E26 : « Pour les 2 derniers items : à moduler selon l'âge de l'enfant. Jusqu'à 7-8 ans (voire plus ?), ce n'est pas à l'enfant de faire le choix de changer ses habitudes ou non, c'est une trop grande responsabilité. C'est aux parents de décider et l'enfant en sera informé et on lui expliquera pourquoi ces changements. »

Pistes amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Renforcer l'estime de soi de l'enfant	0	100	Oui	Non	Non
Déculpabiliser l'enfant et/ou la famille (existence d'une part génétique/épigénétique et prédisposition au surpoids)	4	92	Oui	Non	Oui
Différer la prise en charge si l'enfant ne se sent pas concerné (sauf si obésité importante ou complications) car il y a un risque d'échec de la prise en charge	4	79	Non	Non	Non

Commentaires :

E02 : « Effectivement, pas d'urgence à prendre en charge l'enfant qui est bien dans sa peau »

E11 : « - déculpabiliser si part génétique ou épigénétique : je pense que ça relève d'un deuxième niveau de prise en charge, car introduite trop vite, cette notion risque d'être contre-productive, une grande partie des obésités sont d'origine nutritionnelle ... - Pas d'accord pour différer la prise en charge si l'enfant ne se sent pas concerné : cf ma réponse précédente : la prise en charge peut commencer par un travail pour identifier les leviers et les freins de l'enfant, l'aider à se sentir concerné. Formulée ainsi, la proposition revient à laisser tomber adolescent qui dirait simplement "non" car son mal-être / sa mésestime de lui-même est trop importante pour qu'il puisse dire oui ... [attention aux raccourcis, proposer aussi des alternatives à une prise en charge visant seulement le poids ou le moral car in fine la prise en charge doit globale et parfois indirecte !!!] »

E13 : « Pour ce qui est de déculpabiliser, oui c'est essentiel. En revanche, ne pas trop s'appuyer sur les éventuelles causes ayant mené à cette obésité, car beaucoup de parents vont à se rapprocher à cela, et ce ne sera pas forcément positif pour la suite de la prise en charge (exemple : hypothyroïdie qui reste très rare comme cause d'obésité secondaire). Évidemment dans le cas d'une obésité génétique sévère bien étiquetée, la prise en charge sera différente. Mais leur dire que l'obésité est d'origine poly factorielle, et que ce n'est pas parce que les parents ont divorcé que l'enfant est obèse, c'est important oui. Pour le dernier item, oui la prise en charge de l'obésité n'est en aucun cas une urgence sauf quelques rares complications (épiphysiolyse de hanche, SAOS sévère, HTIC ...). Ne pas banaliser, mais ne pas dramatiser non plus. »

E15 : « Si PEC différée, bien lui expliquer qu'il peut y réfléchir et changer d'avis quand il veut ou quand il ressentira le besoin d'en reparler. (Porte ouverte) »

E16 : « Tout dépend ce que l'on entend par différer la prise en charge : on peut différer une prise en charge de l'enfant et discuter uniquement avec les parents sur les mesures hygiéno-diététiques à mettre en place pour la famille. »

E23 : « Oui, bonnes pistes
Mais je me fais l'avocat du diable en me mettant dans la peau des médecins "comment faire en pratique ?" »

E26 : « Pour le dernier item, là aussi cela dépend de l'âge de l'enfant. Et les parents peuvent faire des changements au niveau éducatif, de l'offre alimentaire à la maison, de l'incitation à l'activité physique même si l'enfant n'est pas partie prenante. »

Partie 4 : Activité physique

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Sport : type, fréquence, durée, intensité	0	96	Oui	Non	Non
Activité de la vie quotidienne (loisirs, jeux, tâches ménagères)	0	96	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : Que fais-tu en dehors de l'école ?	0	100	Oui	Non	Non
Mode de déplacement	0	83	Oui	Non	Non
Evaluation de la notion de plaisir lié à l'activité physique	0	92	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : Qu'est-ce que tu aimes faire ? Qu'est-ce qu'il te plaît dans le fait de faire ... ?	0	96	Oui	Non	Non
Limites à l'activité physique (gène fonctionnelle, difficulté financière pour l'accès à une activité)	0	96	Oui	Non	Non
Sédentarité (temps devant les écrans par jour)	0	100	Oui	Non	Oui
Sommeil (temps, qualité, risque de SAOS (questionnaire de Chervin))	0	100	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E16 : « Sédentarité :

- ne pas limiter la sédentarité aux écrans = un enfant qui lit toute la journée est sédentaire même si c'est plus "entendable"

- je suis toujours "perplexe" sur le questionnement sur les écrans = ils font désormais partie de la vie des enfants et des ados :

Pronote, livres scolaires en ligne, musique en ligne, et le lien social se fait aujourd'hui via les mobiles : il y a 30 ans les ado tiraient le fil du téléphone dans leur chambre pour passer des heures à parler à leurs copains, aujourd'hui ils font des sms et des vocaux... du coup qu'est-ce que le temps d'écran indique et qu'est ce qui est embêtant ? le manque d'activité physique ? le type d'usage ? Pour certains ados avec un mal être, l'écran est le seul moyen d'avoir une relation sans que le corps ne soit exposé...

Dans ma pratique, je préfère évaluer l'activité physique et le lien social que le temps d'écran... »

E17 : « Dans le sommeil, il est important d'évaluer sa durée et l'écart éventuel entre l'heure de coucher et d'endormissement, en lien éventuel avec la présence d'écran qu'il faut dépister »

E18 : « Derrière le temps passé aux écrans peut se cacher aussi un besoin affectif. »

E19 : « quelle tranche d'âge est concernée ? »

E23 : « Questionner également sur le vécu, les représentations et croyances liées à l'AP et à la sédentarité

Quelles sont les expériences passées ? Pourquoi n'ont-elles pas perduré ? »

E26 : « La sédentarité doit être considérée à part comme vous l'avez fait. La définition en est le temps passé assis (en dehors du sommeil) donc pas uniquement le temps d'écran même si c'est celui-là qui préoccupe le plus.

Je ne connais pas le questionnaire de Chervin. On utilise plutôt le questionnaire d'Epworth adapté à l'enfant »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Augmenter le temps d'activité physique et diminuer les temps sédentaires en ayant des objectifs progressivement croissants et facilement réalisables (idéalement proposé par l'enfant).	0	100	Oui	Non	Non
Accès aux activités via école, REPPOP, ville, associations sportives, utilisation d'application smartphone...	0	100	Oui	Non	Oui
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive si nécessaire	4	70	Non	Non	Non
Mise en place d'outils de suivi/recueil des activités (en intensité et durée) type semainier	13	74	Non	Non	Non

Commentaires :

E06 : « certif risque de stigmatiser l'enfant ? »

E11 : « - bien rappeler la notion de co-construction du projet avec l'enfant et sa famille : donc oui pour insister sur "idéalement proposé par l'enfant"

- Bémol +++ sur les applications sur smartphone : activité non contrôlée, risque d'isolement (= n'est pas une activité sociale), risque d'inadéquation avec les besoins et possibilités de l'enfant

- ne pas dégaîner trop vite le certificat d'inaptitude partielle : proposer un guide sur les indications (physiques = irritation cuisse, dyspnée, type d'activité, ... / psychique = image de soi à la piscine, ...)

E18 : « Si l'enfant se saisit des semainiers pourquoi pas mais il me semble important d'introduire la notion de plaisir et de convivialité dans la pratique sportive. Pour certains enfants un emploi de temps peut amener un stress supplémentaire. »

E20 : « Je pense qu'il ne faut pas mettre l'enfant dans un cadre trop rigide concernant son activité physique (contrôle, comptage...). Ceci pourrait induire une baisse de motivation »

E23 : « pistes d'amélioration intéressantes, mais, encore une fois mériteraient d'être encadrées par des explications.

Dans quel cas utiliser le certif? exemples?

Outil de recueil des activités : oui mais, comment l'utiliser ? toujours dans une posture éducative (sans jugement) »

E26 : « "idéalement proposé par l'enfant" selon son âge »

Partie 5 : Diététique

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Habitude alimentaire (nombre de repas, grignotage, composition des repas, taille des rations)	0	100	Oui	Non	Oui
Cadre du repas (durée du repas, en famille ou non, présence d'un écran)	0	100	Oui	Non	Non
Rapport à la nourriture (sensation de faim, envie, situations favorisant les prises alimentaires (stress, colère, ennui...))	0	96	Oui	Non	Non
Evaluation d'un repas équilibré selon les parents et l'enfant	4	83	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E13 : « Recherche de TCA également (mais que vous allez peut-être aborder dans la partie psychologique), notion de restriction cognitive, tachyphagie, boissons ... (bcp de parents pensent que certains jus de fruits et sirops ne sont pas aussi sucrés que les sodas) »

E 16 : « Habitudes alimentaires oui mais taille des rations : non - rappeler la définition du grignotage... L'évaluation du rapport à la nourriture est quelque chose qui se fait sur le long terme = difficile selon moi en consultation médecin généraliste
Evaluation d'un repas équilibré : on touche à la culture familiale = difficile à faire »

E17 : « Important de préciser dans la composition des repas, la nature des boissons (présence de boissons sucrées et leur fréquence) »

E 20 : « Idem, ce n'est pas à l'enfant de concevoir un repas équilibré, mais aux parents. OK pour les ados, pour qu'ils soient impliqués davantage, mais pas les enfants »

E23 : « idem : évaluer les croyances, représentations etc.... »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
PAS de régime ni d'interdiction d'aliment	0	100	Oui	Non	Non
Eveil au repas / Ecoute de ses sensations alimentaires (faim, envie, ennui)	0	96	Oui	Non	Oui
Réalisation d'un semainier avec les repas	0	58	Non	Non	Non
Utilisation des repères du PNNS (guide PNNS, repères avec la main de l'enfant pour les quantités)	4	75	Non	Non	Non
Repas équilibré pour toute la famille et pas uniquement l'enfant	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E11 : « - inclure toute la famille +++ »

E13 : « Le repère PNNS peut être restrictif pour certains points, notamment les 5 fruits et légumes par jour, qui sont quasi inatteignables dans certaines populations ... bien que les recos soient plus soft désormais, avec le "aller vers", "augmenter", "réduire". »

E 15 : « Le semainier avec les repas doit absolument avoir une forme « ludique » et comporter les sensations alimentaires avant/après le repas (« trop faim », « trop envie », puis « rassasié », « trop plein », « encore faim » ...) »

E16 : « Le semainier doit être analysé par un diététicien et/ou un médecin formé à l'obésité pédiatrique

Même remarque que pour l'évaluation des sensations alimentaires : cela demande du temps et plusieurs consultations pour que l'enfant réussisse à savoir quelle sensation il ressent : est-ce adapté à la consultation du médecin généraliste ?

Oui pour les "Aller vers" du PNNS - un grand NON pour les repères de quantité - antinomique avec écouter ses sensations alimentaires = entraîne souvent une restriction cognitive de la part des parents »

E18 : « Importance de l'harmonisation des repas avec explications à la fratrie sur son importance »

E23 : « Semainier oui mais idem, comment l'utiliser dans une posture éducative dans être dans le jugement, les MG ont besoin d'être guidés »

E24 : « relai avec diététicien pour passage de relai si rapport à l'alimentation / habitudes alimentaires ou croyances ancrées ou si travail sur l'alimentation émotionnelle / sensations alimentaires nécessaire (échelle de sensation alimentaire utilisable en consultation : "détective gargouillis") »

E26 : « Il est très important de comprendre, au-delà du contenu de l'assiette, pourquoi l'enfant mange ou a mangé (trop en l'occurrence). Donc compléter le semainier par des questionnaires sur "pourquoi" »

Synthèse :

But de la prise en charge

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Ralentir la progression de la courbe de croissance	14	86	Oui	Oui	Non
La perte de poids n'est pas l'objectif principal	0	96	Oui	Non	Non

Détermination des objectifs :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Formulation positive des objectifs	0	100	Oui	Non	Non
Nombre limité et réalisable	0	100	Oui	Non	Non
En accord avec l'enfant et sa famille	4	92	Oui	Non	Oui
Programmer le prochain rendez-vous.	0	100	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E11 : « - ralentir la progression de la courbe de croissance : je mets "pas du tout pertinent" car je lis comme "ralentir la progression de la courbe staturale" et non ralentir la progression de la courbe d'IMC !!

- programmer le prochain RDV = fondamental ! car témoigne de l'accompagnement. Préciser que le délai doit être adapté à chaque situation, et non standardisé. Les objectifs pour le prochains RDV doivent être connus par l'enfant / sa famille = le suivi n'est pas une succession d'évaluation sanction ... mais plutôt des temps d'autoévaluation de l'enfant / de sa famille. »

E16 : « Ralentir la progression de la courbe de croissance : NON - de la courbe d'IMC ?
Objectifs : fixés par l'enfant en accord avec la famille. »

E20 : « ralentir la progression de la courbe de croissance PONDERALE (pas la taille...) en accord avec la famille et l'ado. Pas l'enfant (cf questions précédentes) »

E23 : « But de la prise en charge: en 1er lieu améliorer la qualité de vie de l'enfant, et en particulier améliorer son rapport à l'alimentation et à l'activité physique
Objectifs: formulé PAR l'enfant et sa famille, en accord avec le professionnel (et non l'inverse) +++++
Programmer le prochain RDV et ANTICIPER les appréhensions possible (déconstruire les idées reçues, rassurer: on va y aller lentement, pas à pas, pas de régimes, pas de "dispute" ou de jugement si la courbe ne s'est pas améliorée, "il y a des hauts et des bas" etc...) »

E26 : « Ralentir la progression de la courbe de croissance --> courbe de corpulence plutôt En accord avec l'enfant et sa famille : pour l'enfant selon son âge »

Evaluation de l'outil :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
La réalisation du guide sous forme de brochure est ergonomique	0	82	Oui	Non	Oui
Ce format est adapté pour une utilisation en consultation	0	90	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E02 : « Il serait intéressant aussi d'avoir une version informatique »

E 06 : « Peut-être un peu long et fastidieux à remplir en consultation items à remplir progressivement sur obéclic assez pratiques peut-être faire plutôt des cases à cocher comme sur le carnet de santé et sur obéclic ? »

E11 : « - j'ai l'impression qu'il s'agit d'un triptyque à remettre aux patients / familles = finalement un carnet pour l'autoévaluation ...
- C'est une excellente idée de laisser un document en fin de consultation ...
- Peut-être pas assez utilisable par les parents non-lecteur / avec problématique de littératie ... ? »

E17 : « Peut-être qu'un document support informatique serait plus pratique pour les médecins avec les grandes catégories à explorer indiquées (situation familiale, scolarité, alimentation, activités physiques, sommeil ...) à remplir au fur et à mesure de la consultation ainsi que des documents papier à remettre aux familles (quantités type en fonction de l'âge, objectifs pour la prochaine consultation) »

E20 : « Je n'ai pas reçu de brochure » ; E26 : « Je n'ai pas eu la brochure en PJ... »

E23 : « Je ne sais pas trop... A mon sens, un doc papier + numérique pourrait développer les différents items pour permettre au MG de s'informer
Ce doc pourrait être doublé d'une trame (guide de consultation/formulaire) version numérique serait utile et cela permettrait au médecin de copier-coller dans son dossier et de compléter directement les item sans rien oublier (avec pourquoi pas des rappels inséré dans le formulaire, des exemples de questions ouvertes)
Pour info, les RéPPOP de la région ARA ont travaillé ce type de formulaire "obésité pédiatrique: bilan" et "obésité pédiatrique: suivi" accessible par tout professionnel disposant d'un compte MonSisra
Ces formulaires sont utilisés par les pros des RéPPOP (dont beaucoup de MG exerçant en libéral) et leur permettent de structurer leurs consultations (sorte de check-list) mais sont accessibles à tous.
Ces formulaires vont sûrement évoluer dans quelques mois, une nouvelle version devrait être créée suite aux retours des utilisateurs et peut être aussi pour les adapter aux Reco HAS »

Annexe XI – Deuxième tour de questionnaire

10/01/2022 11:34

LimeSurvey for Students in Health - Guide d'aide à la consultation du surpoids de l'enfant - Tour 2

Guide d'aide à la consultation du surpoids de l'enfant - Tour 2

Thèse en médecine générale : " Création et validation d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode DELPHI. "

Bonjour et merci de participer à notre second questionnaire.

Pour rappel, le but ce travail est de valider par consensus le contenu d'une brochure d'aide à la consultation des médecins généralistes face à des enfants en surpoids.

Les propositions de ce questionnaire sont issues de celles du premier questionnaire qui n'ont pas obtenues consensus et qui ont été reformulées mais également obtenues à l'aide de vos commentaires.

Pour chacunes de ces propositions merci de noter entre 1 et 10 la pertinence de la présence de l'item dans un guide d'aide à la consultation.

Pour toutes réponses < 8, merci de laisser un commentaire pour justifier votre choix.

Les réponses et commentaires du premier tour de questionnaire vous ont été adressées par mail.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à moins de 30 minutes.

Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf) pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

10/01/2022 11:34

LimeSurvey for Students in Health - Guide d'aide à la consultation du surpoids de l'enfant - Tour 2

Signes d'alerte devant conduire à un avis spécialisé

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC, rebond d'adiposité précoce	<input type="radio"/>									
Comorbidités/Complications : HTA, SAOS, asthme non contrôlé, plaintes ostéoarticulaires (recherche d'épiphysiolyse de la tête fémorale), psychopathologies (trouble anxio-dépressif, trouble du comportement, TCA, addictions...), ...)	<input type="radio"/>									
Signes évocateurs d'obésité secondaire : ascension brutale de la courbe d'IMC avant 3 ans, cassure de la courbe de croissance staturale, dysmorphie, faciès lunaire, bosse de bison, ...	<input type="radio"/>									

IMC = Indice de masse corporelle; HTA = Hypertension artérielle; SAOS= Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil; TCA = Trouble du Comportement Alimentaire

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

QUID des examens complémentaires ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas systématique si surpoids isolé	<input type="radio"/>									
Si surpoids + antécédent familial de DT2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Biologie avec EAL + transaminases + glycémie à jeun et insulïnémie pour dépistage des comorbidités.	<input type="radio"/>									
Si signes d'obésité secondaire : adresser à l'endocrinologue pédiatrique et/ou centre spécialisé d'obésité	<input type="radio"/>									

DT2 = Diabète de type 2; EAL = exploration d'une anomalie lipidique

Partie 2 : Environnement de l'enfant

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation de l'environnement de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf) pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Situation familiale : situation conjugale des parents, relation avec la fratrie	<input type="radio"/>									
Mesures socio- éducatives ou judiciaires en cours	<input type="radio"/>									
Catégories socio- professionnelles des parents	<input type="radio"/>									
Lieu de vie : accès à un espace propice à l'activité physique (terrain de sport, skate park, club, forêt...)	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Si possible, intégrer tous les parents (et/ou les personnes "soutient éducatif") dans la prise en charge	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 3 : Psychologie

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation psychologique de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf)
pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perception et vécu du surpoids/obésité par l'enfant et sa famille	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : "Comment te sens tu ? Que penses tu de ton poids?" (Reprendre les mots utilisés par l'enfant)	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : "Comment ça se passe à l'école? Et avec les autres élèves ou autres enfants/ado?"	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : "Comment te sens tu en ce moment ?"	<input type="radio"/>									
Motivation au changement de l'enfant (selon son âge) et des parents	<input type="radio"/>									
Exemple de question à poser : "Qu'est ce que tu pourrais modifier dans tes habitudes actuelles?"	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Décupabiliser l'enfant et/ou la famille (causes polyfactorielles du surpoids et obésité)	<input type="radio"/>									
Pas d'urgence à la prise en charge sauf si obésité sévère avec comorbidités ou si complications.	<input type="radio"/>									
Si l'enfant ne se sent pas concerné : essayer de trouver des leviers pour motiver le changement, laisser la "porte ouverte"	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 4 : Activité physique

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation des activités de l'enfant et de son sommeil puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf)

pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sédentarité (temps passé assis +/- devant un "écran", tenir compte du rapport à l'écran (peut être créateur de lien social))	<input type="radio"/>									
Sommeil (durée, qualité, écrans avant le coucher, risque de SAOS (Questionnaire de Chervin ou Epworth adapté à l'enfant))	<input type="radio"/>									

SAOS = Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Accès aux activités via école, REPPOP, ville, associations sportives...	<input type="radio"/>									
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive, au cas par cas, si une indication le justifie (dyspnée, irritation par frottement au niveau des cuisses, ...) et spécifier pour quel type d'activité	<input type="radio"/>									
Mise en place d'outils de suivi/recueil des activités (en intensité et durée) type semainier, à visée éducative et seulement SI caractère ludique.	<input type="radio"/>									

REPPOP = Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 5 : Diététique

Les prochaines propositions sont relatives à la prise en charge diététique (évaluation et piste d'amélioration)

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas de tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf) pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habitudes alimentaires (nombre de repas, grignotage, composition des repas, nature des boissons, recherche de TCA)	<input type="radio"/>									
Evaluer les croyances et représentations d'un repas équilibré selon les parents ou adolescent.	<input type="radio"/>									

TCA = Trouble du Comportement Alimentaire

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veillez écrire votre réponse ici :

Pistes d'amélioration :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eveil au repas / Ecoute de ses sensations alimentaires (faim, envie, ennui) avant et après repas (jeu "détective gargouillis")	<input type="radio"/>									
Essayer de sensibiliser les parents ou l'adolescent sur la composition d'un repas équilibré (par ex: Utilisation des "nouveaux" repères PNNS avec "Aller vers..." , "Réduire..." , "Augmenter..." plutôt que des repères stricts et contraignants qui peuvent entrainer une restriction cognitive.)	<input type="radio"/>									
Réalisation d'un semainier des repas (seulement SI caractère ludique)	<input type="radio"/>									

PNNS = Programme Nationale Nutrition Santé

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veillez écrire votre réponse ici :

Partie 6 : Synthèse

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 1er tour pour les experts"

(/upload/surveys/849855/files/R%C3%A9sultat%20du%201e%20tour%20pour%20les%20experts(1).pdf) pour voir les résultats et commentaires du premier tour.

But de la prise en charge :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ralentir la progression de la courbe d'IMC.	<input type="radio"/>									
Améliorer la qualité de vie de l'enfant.	<input type="radio"/>									

Détermination des objectifs de la prise en charge :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Objectifs formulés PAR l'enfant +/- la famille (selon l'âge) et en accord avec le professionnel	<input type="radio"/>									

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Programmer le prochain rendez-vous, avec un délai adapté à chaque situation.	<input type="radio"/>									
Anticiper les appréhensions du suivi : les consultations sont un temps d'autoévaluation et non une "pesée sanction"	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci de votre participation et pour votre temps !

Nous reviendrons prochainement vers vous pour la réalisation du troisième questionnaire si nécessaire.

Annexe XII – Résultats du 2^e tour de questionnaire et commentaires

Résultat du 2^e tour :

Les propositions surlignées en vert sont les propositions qui ont obtenu un consensus positif sans désaccord ni discordance des commentaires. Ces propositions ont donc été validées pour intégrer le futur guide d'aide aux consultations du surpoids infantile pour les médecins de premiers recours.

Pour les autres propositions, nous les avons reformulées à l'aide des commentaires et elles seront à nouveau soumises à votre expertise lors du troisième tour de questionnaire.

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse :

Signes d'alerte devant conduire à un avis spécialisé :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC, rebond d'adiposité précoce	14	79	Non	Non	Oui
Comorbidités/Complications : HTA, SAOS, asthme non contrôlé, plaintes ostéoarticulaires (recherche d'épiphysiolyse de la tête fémorale), psychopathologies (trouble anxio-dépressif, trouble du comportement, TCA, addictions...), ...	0	93	Oui	Non	Non
Signes évocateurs d'obésité secondaire : ascension brutale de la courbe d'IMC avant 3 ans, cassure de la courbe de croissance staturale, dysmorphie, faciès lunaire, bosse de bison, ...	0	80	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E06 : « Une prise en charge précoce et interdisciplinaire, diminue les risques pour la santé. »

E08 : « Pour les complications / comorbidités : l'avis spécialisé et son urgence seront à discuter. Pour l'exemple du SAOS/asthme un avis pneumo-pédiatrique +/- ORL seront nécessaires mais pas forcément via un centre dédié à l'exploration de l'obésité pédiatrique, à l'inverse des deux autres questions qui font références aux obésités secondaires pour lesquelles un avis plus spécialisé sera proposé.

Pour la première question, un rebond d'adiposité précoce ne nécessite pas un avis spécialisé mais une intervention précoce (qui peut être réalisée par les professionnels de premier recours sans nécessité de recours au spécialiste dans toutes les situations. »

E14 : « Signes d'hypercorticisme : oui en théorie mais très rare en pratique ... pertinence de l'évoquer dans la brochure ? Sachant que souvent bien connu pour l'adulte par les MG. »

E15 : « J'ai mis 5 sur le premier critère, car un rebond d'adiposité précoce ou changement rapide de couloir ne justifie pas à lui seul d'adresser à un spécialiste, le médecin généraliste peut gérer en premier recours, s'il n'y a pas d'autres signes évocateurs d'obésité secondaires. »

E19 : « Pour le premier item, il y a aussi "ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance" devant orienter vers une cause secondaire, ou parfois suite à des événements de vie importants. Pour le 2eme item, je ne mettrai pas "recherche d'épiphysiolyse de la tête fémorale", en effet cette complication est à rechercher s'il y a des signes cliniques inhabituels comme une boiterie. Ce n'est pas une complication que l'on va rechercher systématiquement, d'autant qu'il faut une radio pour en faire le diagnostic.

Pour le 3eme item : les signes évocateurs d'obésité secondaire à rechercher aussi sont un retard intellectuel (signe fréquent ++ dans les obésités syndromiques) »

E20 : « Le rebond d'adiposité précoce est très banal en cas d'obésité pédiatrique (90% des situations). Il n'y a aucune indication à demander un avis spécialisé en cas de rebond précoce. Pour ce qui concerne le changement de couloir : je laisserai "brutalement" et non pas rapide qui est très peu précis pour demander un avis spécialisé. Les recos HAS sont sur ces points très précises et toujours d'actualité. La bosse de bison n'est pas un signe d'obésité secondaire chez l'enfant, et il manque les troubles du développement, les troubles sensoriels, les dysmorphies (là aussi se référer aux recos HAS) »

QUID des examens complémentaires :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Pas systématique si surpoids isolé	8	92	Oui	Non	Non
Si surpoids + antécédent familial de DT2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Biologie avec EAL + transaminases + glycémie à jeun et insulinoémie pour dépistage des comorbidités.	7	60	Non	Non	Non
Si signes d'obésité secondaire : adresser à l'endocrinologue pédiatrique et/ou centre spécialisé d'obésité	0	93	Oui	Non	Non

Commentaires :

E08 : « Recommandations HAS effectivement, en pratique à discuter en cas d'hérédité familiale importante (obésité + diabète), rarement diabète de type 2 avant 10 ans, par contre intérêt de l'insulinoémie pour éventuelle HGPO »

E15 : « Pour le 2ème critère, cela signifierait qu'en cas d'obésité, même sur un enfant de 5 ans, il faudrait rechercher un diabète? , je pense qu'on peut utiliser d'autres critères:

Obésité IMC >+ 2 DS pour l'âge et le sexe + 2 au moins des facteurs de risque suivant

→ Histoire familiale de DT2 (1er ou 2e degré)

→ Race/ethnicité Minorité ethnique (Afrique, moyen orient, inde Pakistan, (Natif American, Hispanique), îles du pacifique

→ Signes d'insulinorésistance ou maladies associées avec l'insulinorésistance, acanthosis nigricans, hypertension, dyslipidémie , SOPK, Histoire maternelle de diabète gestationnel

→ Age de début 10 ans (critères européens diabète care 2000)

Évitons les bilans inutiles »

E19 : « 2eme item : si on s'appuie sur les recos HAS effectivement, il faut faire un bilan minimal en cas de dyslipidémie familiale, même si c'est chez le papi de 80 ans ... Donc on risque de faire bcp de bilans bios qui sont anxiogènes et ne trouvent souvent pas grand-chose. Et même si on trouve une complication métabolique, il n'y a pas vraiment de traitement en dehors des RHD, donc dépister pour ne pas traiter c'est moyen (bien que statines autorisées après 10 ans et metformine après 12 ans, ce sont des ttt qui restent peu utilisés chez l'enfant, sauf si hypercholestérolémie familiale pour les enfants) »

E22 : « Examens complémentaires à utiliser avec précaution : peu de risque de mettre en évidence autre chose qu'une insulino-résistance ; donc la "normalité" du bilan risque d'être faussement rassurante ! »

Partie 2 : Environnement :

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Situation familiale : situation conjugale des parents, relation avec la fratrie	0	81	Oui	Non	Non
Mesures socio-éducatives ou judiciaires en cours	0	100	Oui	Non	Non
Catégories socio-professionnelles des parents	0	75	Non	Non	Non
Lieu de vie : accès à un espace propice à l'activité physique (terrain de sport, skate parc, club, forêt...)	0	81	Oui	Non	Non

Commentaires :

E16 : « Catégories socio professionnelles des parents importantes mais non indispensable dans la prise en charge de l'enfant »

E17 : « Les questions semblent pertinentes pour un suivi un peu plus approfondi, probablement avec des diététiciens et des psychologues. »

E20 : « Le terme "Situation conjugale" ne me paraît pas utile. Je laisserai seulement "Situation familiale" qui me paraît assez explicite »

E22 : « Lieu de vie certes, mais insuffisant pour justifier l'absence de pratique physique (associations sportives ?) ou évaluer les prises alimentaires »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Si possible, intégrer tous les parents (et/ou les personnes "soutien éducatif") dans la prise en charge	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E06 : « Prise en charge globale, familiale pour favoriser le changement, la motivation. »

E08 : « Oui, car intérêt d'une prise en charge familiale, les changements des comportements doivent s'appliquer à l'ensemble de la famille. Si parents séparés, importance capitale d'harmoniser les discours et recommandations. Si discordance importante entre les lieux de vie, possibilité de proposer une consultation conjointe pour que les 2 parents entendent les mêmes informations. (Et éviter les conflits qui mettraient l'enfant en difficulté entre les 2 adultes "de toute façon si il prend du poids c'est parce que son père/sa mère ne fait pas d'effort") »

E20 : « "Entourage" éducatif plutôt que soutien »

Partie 3 : Psychologique

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Perception et vécu du surpoids/obésité par l'enfant et sa famille	0	100	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : "Comment te sens tu ? Que penses-tu de ton poids ?" (Reprendre les mots utilisés par l'enfant)	0	87	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : "Comment ça se passe à l'école ? Et avec les autres élèves ou autres enfants/ado ?"	0	100	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : "Comment te sens tu en ce moment ?"	7	87	Oui	Non	Non
Motivation au changement de l'enfant (selon son âge) et des parents	0	93	Oui	Non	Non
Exemple de question à poser : "Qu'est-ce que tu pourrais modifier dans tes habitudes actuelles ?"	0	93	Oui	Non	Non

Commentaires :

E06 : « questions pertinentes »

E14 : « Toujours pas d'accord avec le fait de lui parler de son poids, plutôt lui parler de son corps pour ne pas cristalliser sur le poids »

E15 : « redondant »

E16 : « "plutôt que "que pense tu de ton poids", je lui demanderai s'il se sent gêné par son poids et si oui qu'est qu'il le gêne le plus
Importance de rechercher la motivation de l'enfant +/- parents en fonction de l'âge mais parfois difficile à évaluer objectivement en consultation. Pour un enfant petit, importance de connaître la motivation des parents et de l'absence de risque de l'enfant le cas contraire
Je reformulerai peut-être plutôt par : penses-tu pouvoir modifier des habitudes au quotidien ? questions plutôt orientées aux parents si enfant jeune âge" »

E20 : « La question "comment te sens-tu ?" est certes une question ouverte mais peut être très difficile à comprendre pour un enfant, surtout s'il est jeune. Il faut être plus précis et la compléter : te sens-tu en forme lorsque tu joues, lorsque tu cours ? es-tu parfois triste ? si oui à quels moments...il faut surtout adapter son langage à l'âge de l'enfant »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Déculpabiliser l'enfant et/ou la famille (causes plurifactorielles du surpoids et obésité)	0	94	Oui	Non	Non
Pas d'urgence à la prise en charge sauf si obésité sévère avec comorbidités ou si complications.	6	75	Non	Non	Non
Si l'enfant ne se sent pas concerné : essayer de trouver des leviers pour motiver le changement, laisser la "porte ouverte"	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E16 : « Il n'y a effectivement pas d'urgence à prendre en charge une obésité mais il est important de la prendre en charge au plus tôt si possible. Si les parents et l'enfant acceptent de venir en consultation pour discuter du poids, important de maintenir la motivation à ce moment-là. »

E18 : « Pas d'urgence : en fonction de la situation et la motivation de l'enfant »

E20 : « Si l'enfant est jeune, il n'est pas nécessaire qu'il se sente concerné. L'enfant doit alors être informé avec des mots et outils adaptés mais il n'est pas indispensable qu'il soit acteur de changements dont il n'est pas responsable. C'est principalement aux parents d'agir (cadre éducatif / offre alimentaire / activité physique...). Il faut vraiment moduler selon l'âge »

E22 : « Jamais d'urgence de prise en charge psychologique, même si obésité sévère : le plus important est de préparer l'enfant à cette prise en charge, de le rendre acteur de sa prise en charge »

Partie 4 : Activité Physique

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Sédentarité (temps passé assis +/- devant un "écran", tenir compte du rapport à l'écran (peut être créateur de lien social))	0	100	Oui	Non	Non
Sommeil (durée, qualité, écrans avant le coucher, risque de SAOS (Questionnaire de Chervin ou Epworth adapté à l'enfant))	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E06 : « 2 facteurs importants et pistes d'amélioration »

E08 : « Sommeil (et lien avec l'état psychologique) : poser la question de troubles de l'endormissement éventuels (ruminations ?), réveils nocturnes/cauchemars. »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Accès aux activités via école, REPOPOP, ville, associations sportives...	0	100	Oui	Non	Non
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive, au cas par cas, si une indication le justifie (dyspnée, irritation par frottement au niveau des cuisses, ...) et spécifier pour quel type d'activité	7	80	Oui	Non	Oui
Mise en place d'outils de suivi/recueil des activités (en intensité et durée) type semainier, à visée éducative et seulement Si caractère ludique.	0	67	Non	Non	Non

Commentaires :

E06 : « bien »

E08 : « Plutôt qu'un semainier, proposer à l'enfant/parent de trouver une piste d'amélioration en termes de pratique sportive ou d'activité physique (VS sédentaire). Objectif bien défini dans le temps, précis (ex : 15 min de marche / aller à l'école en trottinette etc.), nombre de réalisations possibles par semaine, et à réévaluer à la consultation suivante.

Plutôt que de lister les activités réalisées pourquoi pas effectivement proposer de mettre un calendrier sur lequel l'enfant pourrait cocher / gommer (ludique) lorsque ça a été fait pour entretenir la motivation et permettre un retour sur objectif.

Pour les plus grands, podomètre ? Utilisation d'outils connectés en groupe (nombre de km fait en équipe sur la semaine ?) ... Les possibilités sont nombreuses et des applications existent. (Kiplin...) Mais garder en tête que le premier objectif est de retrouver du plaisir dans l'activité physique +++"

E14 : « Je reste opposée à un certif de contre-indication au sport de manière générale ... très stigmatisant pour l'enfant, revient à le décréter incapable. Il existe des ceintures Bodynov pour améliorer son confort plutôt que l'empêcher de faire de l'activité physique et de mettre en place un cercle vicieux. Si l'enfant le formule clairement car le vit comme un traumatisme, à discuter ou si contre-indication cardio.

Idem semainier : me semble trop culpabilisant"

E16 : « Outil de recueil d'activité type semainier à utiliser avec beaucoup de prudence. L'enfant ne doit pas se sentir juger, ou surveiller car cela risquerait d'altérer sa motivation et d'être contre-productif »

E18 : « Très contraignant dans les faits »

E22 : « Bien baliser l'usage de tel certificat (p.ex. si IMC > xx, ou si trouble psy +++) pour éviter leur systématisation.

Attention au semainier : à rendre ludique. »

Partie 5 : Diététique

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Habitudes alimentaires (nombre de repas, grignotage, composition des repas, nature des boissons, recherche de TCA)	0	93	Oui	Non	Non
Evaluer les croyances et représentations d'un repas équilibré selon les parents ou adolescent	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E19 : « TCA = troubles des conduites alimentaires, employé plutôt que troubles du comportement alimentaire actuellement »

E20 : « Je formulerais "Habitudes et comportement alimentaire : que mange l'enfant ? comment ? et surtout pourquoi ?" »

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Eveil au repas / Ecoute de ses sensations alimentaires (faim, envie, ennui) avant et après repas (jeu "détective gargouillis")	0	100	Oui	Non	Non
Essayer de sensibiliser les parents ou l'adolescent sur la composition d'un repas équilibré (par ex : Utilisation des "nouveaux" repères PNNS avec "Aller vers...", "Réduire...", "Augmenter..." plutôt que des repères stricts et contraignants qui peuvent entraîner une restriction cognitive.)	0	93	Oui	Non	Non
Réalisation d'un semainier des repas (seulement SI caractère ludique)	7	43	Non	Non	Non

Commentaires :

E06 : « T bien mais pas que...+ ateliers à mettre en place : lecture d'étiquettes, marché, cuisine... »

E08 : « Semainier, intérêt pour le professionnel surtout si pistes de changement non aisées à trouver en consultations ou avant éventuelle consultation avec un diététicien.

Peut-être plus intéressant de coupler avec des repères "simples" : voir sur manger/bouger, repère de la main pour la composition de l'assiette. Fabrique à menu (page dédiée aux ado également)

Possible à adapter si beaucoup de grignotages : recueil de "l'état émotionnel" et de la faim ressentie au moment du grignotage (faim de l'estomac / du cerveau / de l'ennui...) pour trouver des pistes de changement qui permettront de répondre aux besoins de l'enfant : si faim adapter la composition des repas de la journée / collation équilibrée, si ennui ou état émotionnel, trouver ce qui peut être fait "à la place" (écouter de la musique, sortir, jouer?...). Aider l'enfant à mieux ressentir ses besoins. Eviter la restriction cognitive (tout aliment est permis mais dans des quantités et à une fréquence raisonnable)" »

E14 : « Semainier culpabilisant à mon sens »

E16 : « Attention aux outils du type PNNS qui ne sont pas toujours adaptés aux possibilités de chaque famille en fonction de la culture, du niveau socio-économique et des capacités de compréhension l'item semainier d'activité physique attention à ce que l'enfant ne se sente ni juger ni surveiller. Intérêt si associé à une évaluation des sensations alimentaires et des émotions associés aux repas. Cela peut également permettre de savoir dans quel contexte se passe le repas (seul, en famille, avec ou sans écrans...) »

E18 : « Non pas le rôle du médecin »

E19 : « Semainier assez chronophage, et que le médecin traitant ne pourra pas toujours interpréter (par manque de temps et/ou parfois de connaissances) »

E20 : « Semainier : ludique oui mais surtout il doit interpréter de manière éducative : c'est à dire en demandant à l'enfant (selon son âge) et à sa famille de l'interpréter avant de donner sa propre analyse »

E22 : « Semainier ludique uniquement ! »

Partie 6 : Synthèse

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
But de la prise en charge :					
Ralentir la progression de la courbe d'IMC.	0	93	Oui	Non	Non
Améliorer la qualité de vie de l'enfant	0	100	Oui	Non	Non
Détermination des objectifs de la prise en charge :					
Objectifs formulés PAR l'enfant +/- la famille (selon l'âge) et en accord avec le professionnel	0	100	Oui	Non	Non
Programmer le prochain rendez-vous, avec un délai adapté à chaque situation	0	100	Oui	Non	Non
Anticiper les appréhensions du suivi : les consultations sont un temps d'autoévaluation et non une "pesée sanction"	0	100	Oui	Non	Non

Commentaires :

E06 : « + faire un résumer de la consultation avec l'enfant, les proches, rassurer avant de placer les objectifs + nouveau RDV. »

Annexe XIII – Troisième tour de questionnaire

Guide d'aide à la consultation du surpoids de l'enfant - Tour 3

Thèse en médecine générale : " Création et validation d'un outil d'aide à la consultation du surpoids infantile (dont obésité pédiatrique) en soins primaires selon la méthode DELPHI. "

Bonjour et merci de participer à notre troisième tour de questionnaire.

Pour rappel, le but ce travail est de valider par consensus le contenu d'une brochure d'aide à la consultation des médecins généralistes face à des enfants en surpoids.

Les propositions de ce questionnaire sont issues de celles du premier et deuxième tour de questionnaire qui n'ont pas obtenues consensus et qui ont été reformulées.

Pour chacune de ces propositions merci de noter entre 1 et 10 la pertinence de la présence de l'item dans un guide d'aide à la consultation.

Pour toutes réponses < 8, merci de laisser un commentaire pour justifier votre choix.

Les réponses et commentaires du deuxième tour de questionnaire vous ont été adressés par mail.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à moins de 15 minutes.

Il y a 12 questions dans ce questionnaire.

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse

Notez entre 1 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 2er tour pour les experts (/upload/surveys/176395/files/R%C3%A9sultats%202e%20tour%20pour%20les%20experts.pdf)" pour voir les résultats et commentaires du second tour.

NB : Suite aux commentaires, nous avons décidé de retirer la proposition "Changement rapide de couloir de la courbe d'IMC, rebond d'adiposité précoce" de la catégorie "Signes d'alerte devant conduire à un avis spécialisé" et ce malgré le consensus positif, car la proposition fait référence à des signes justifiant une prise en charge précoce du surpoids par le médecin et pas nécessairement à un avis spécialisé.

Signes d'alerte devant conduire à un avis spécialisé

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Signes évocateurs d'obésité secondaire : ascension brutale de la courbe d'IMC avant 3 ans, cassure de la courbe de croissance staturale, dysmorphie, retard intellectuel, trouble du développement, ...	<input type="radio"/>									

IMC = Indice de Masse Corporelle

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

QUID des examens complémentaires ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Selon l'HAS 2011 : Si surpoids + antécédent familial de DT2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Biologie avec EAL + transaminases + glycémie à jeun et insulïnémie pour dépistage des comorbidités.	<input type="radio"/>									
En pratique, la réalisation d'examens complémentaires en cas de surpoids et obésité commune peut être anxiogène et d'intérêt limité en prise en charge initiale	<input type="radio"/>									

HAS = Haute Autorité de Santé; DT2 = Diabète de type 2; EAL = exploration d'une anomalie lipidique

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veillez écrire votre réponse ici :

Partie 2 : Environnement de l'enfant

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation de l'environnement de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 2e tour pour les experts

(/upload/surveys/176395/files/R%C3%A9sultats%202e%20tour%20pour%20les%20experts.pdf)" pour voir les résultats et commentaires du second tour.

Evaluation :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Catégories socio-professionnelles des parents	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veillez écrire votre réponse ici :

Partie 3 : Psychologie

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation psychologique de l'enfant puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 2e tour pour les experts

(/upload/surveys/176395/files/R%C3%A9sultats%202e%20tour%20pour%20les%20experts.pdf)" pour voir les résultats et commentaires du second tour.

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours.

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 2e tour pour les experts

(/upload/surveys/176395/files/R%C3%A9sultats%202e%20tour%20pour%20les%20experts.pdf)" pour voir les résultats et commentaires du second tour.

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas d'urgence à la prise en charge	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 4 : Activité physique

Les prochains items sont relatifs à l'évaluation des activités de l'enfant et de son sommeil puis à l'apport de piste d'amélioration pour la prise en charge.

Pistes d'amélioration

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive, au cas par cas, si une indication le justifie (dyspnée, irritation par frottement au niveau des cuisses, ...) et spécifier pour quel type d'activité	<input type="radio"/>									
Ne pas utiliser le certificat d'(in)aptitude partiel en première intention car cela peut être stigmatisant pour l'enfant	<input type="radio"/>									
Eviter les outils type semainier qui peuvent être contraignant ou démotivant	<input type="radio"/>									
Si proposé par l'enfant/ ado : recueil des temps d'activités dans un cahier ou gommettes sur le calendrier pour maintenir la motivation par ex.	<input type="radio"/>									

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Partie 5 : Diététique

Les prochaines propositions sont relatives à la prise en charge diététique (évaluation et piste d'amélioration)

Notez entre 0 et 10* chaque item, selon le degré de pertinence que vous accordez à la présence de cette proposition dans un guide d'aide à la consultation pour le médecin de premier recours :

* 1 = Pas du tout pertinent ; 10 = Tout à fait pertinent;

Si vous estimez ne pas être expert pour répondre à la question, merci de laisser la case "sans réponse" cochée.

En cas de désaccord avec une proposition, n'hésitez pas à le faire ressortir dans votre cotation.

Vous pouvez vous référer au PDF "Résultats du 2e tour pour les experts

(/upload/surveys/176395/files/R%C3%A9sultats%20e%20tour%20pour%20les%20experts.pdf)" pour voir les résultats et commentaires du second tour.

Pistes d'amélioration :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eviter la réalisation de semainier alimentaire (sauf si formé en nutrition et/ou si caractère ludique pour l'enfant)	<input type="radio"/>									

PNNS = Programme Nationale Nutrition Santé

Commentaires :

(Merci de laisser au minimum un commentaire pour toute cotation < 8 afin de justifier votre choix)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci de votre participation et pour votre temps !

Si vous le souhaitez, nous vous enverrons notre travail de thèse et/ou la brochure réalisée avec votre aide après notre soutenance de thèse.

Annexe XIV – Résultats et commentaires du 3^e tour

Résultats du 3^e tour

Partie 1 : Examen clinique et Anamnèse :

Signes d'alerte devant conduire à un avis spécialisé :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Signes évocateurs d'obésité secondaire : ascension brutale de la courbe d'IMC avant 3 ans, cassure de la courbe de croissance staturale, dysmorphie, retard intellectuel, trouble du développement, ...	0	93	Oui	Non	Non

Commentaires :

E15 : « J'ajouterai le croisement rapide des courbes ou une ascension brutale de la courbe de corpulence »

QUID des examens complémentaires :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Selon l'HAS 2011 : Si surpoids + antécédent familial de DT2 ou dyslipidémie OU si obésité de l'enfant : Biologie avec EAL + transaminases + glycémie à jeun et insulïnémie pour dépistage des comorbidités	14	79	Non	Non	Non
En pratique, la réalisation d'examens complémentaires en cas de surpoids et obésité commune peut être anxiogène et d'intérêt limité en prise en charge initiale	8	85	Oui	Non	Non

Commentaires :

E03 : « Selon la HAS, le bilan bio doit être fait s'il existe un antécédent au 1^{er} OU 2^{ème} degré de dyslipidémie ou de diabète. Mais comme dit lors du dernier questionnaire, je pense qu'il faut s'arrêter aux antécédents au premier degré car sinon on va faire un bilan à bcp d'enfants (dyslipidémie fréquente chez les grands-parents ...). »

E04 : « Le bilan doit dépendre de l'âge de l'enfant et de ses facteurs de risque, donc je suis ok avec la seconde proposition »

E12 : « Je formulerais plutôt ainsi : La réalisation d'examens complémentaires en cas de surpoids et obésité commune pouvant être anxiogène et peu contributive surtout chez le jeune enfant, sa réalisation doit s'adapter à chaque situation »

E14 : « Concernant la proposition "HAS 2011" : peu pertinent car risque d'induire en erreur le prescripteur si le bilan revient normal ! »

E15 : « Pour le 2^{ème} item, d'accord pour dire qu'en pratique la réalisation d'examens secondaires devraient peut-être être réservées à la consultation spécialisée et non systématique en soins de 1^{er} recours »

Partie 2 : Environnement :

Evaluation :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Catégories socio-professionnelles des parents	0	80	Oui	Non	Non

Commentaires :

E06 : « Pas une priorité »

E15 : « Importante mais non indispensable »

Partie 3 : Psychologique

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Pas d'urgence à la prise en charge	8	62	Non	Non	Non

Commentaires :

E04 : « Nous sommes souvent dans une problématique chronique avec risque d'échappement à la prise en charge il faut savoir s'adapter à la demande de l'enfant et de ses parents pour éviter de les perdre de vue »

E06 : « La psychologie est importante dans la prise en charge 9/10 »

E09 : « Tout dépend de l'impact du surpoids ou de l'obésité sur l'enfant et/ou des situations de vie pouvant être responsable d'une surcharge pondérale "secondaire", par exemple : décès d'un proche, situation familiale complexe, problématique en lien avec le climat scolaire, ...

Ou encore si la prise en charge de l'état psychologique apparaît comme une piste majeure de prise en charge : alimentation émotionnelle avec difficulté de gestion des émotions, manque de confiance en soi au premier plan...

Pour le critère d'urgence, en effet plutôt à adapter à chaque situation, si il existe une urgence psychologique à gérer, la problématique du poids est probablement secondaire et devra être traitée dans un second temps »

E12 : « La formulation ainsi simplifiée n'est pas claire. Qu'entend-on par "pas d'urgence à la prise en charge" »

E15 : « Il n'y a jamais d'urgence absolue à la prise en charge cependant devant une obésité sévère avec suspicion de complications ou suspicion d'obésité secondaire avec par exemple une cassure de la courbe staturale ou suspicion de puberté précoce il existe une urgence relative afin de limiter la perte de chance pour l'enfant »

Partie 4 : Activité Physique

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Réalisation d'un certificat d'(in)aptitude partielle à l'activité physique et sportive, au cas par cas, si une indication le justifie (dyspnée, irritation par frottement au niveau des cuisses, ...) et spécifier pour quel type d'activité	0	73	Non	Non	Non
Ne pas utiliser le certificat d'(in)aptitude partielle en première intention car cela peut être stigmatisant pour l'enfant	20	60	Non	Non	Non
Eviter les outils type semainier qui peuvent être contraignant ou démotivant	21	57	Non	Non	Non
Si proposé par l'enfant/ ado : recueil des temps d'activités dans un cahier ou gommettes sur le calendrier pour maintenir la motivation par ex.	7	80	Oui	Non	Oui

Commentaires :

E01 : « Il vaut mieux adapter l'AP que de laisser un enfant "souffrir" lors de l'AP ou ne pas y aller. »

E02 : « Le semainier peut être fait sur une semaine donnée, mais à ne pas faire sur le long terme

Plus informatif qu'une enquête où il y a souvent des oublis
Met en évidence des déséquilibres qui ne ressortent pas forcément lors d'une consultation (exemple typique : consultation où toute la famille mange équilibrée, pas d'erreur relevée et finalement sur le semainier déséquilibre vu rapidement) »

E12 : « Par expérience le certificat d'inaptitude partielle est un formidable outil qui change souvent le regard de l'enseignant sur l'enfant. Il faut l'utiliser bien entendu si l'enfant/ado est d'accord. Ce n'est pas une question de première ou deuxième intention mais dépend de son intérêt/de sa pertinence pour chaque situation.

Même remarque pour les semainiers, cela peut-être un outil très intéressant. Cela dépend de la façon de le présenter et de l'utiliser.

Je ne comprends pas la description du dernier item »

E14 : « - Je reste très mitigé quant à la systématisation de la rédaction d'un certificat d'inaptitude ...

- Les outils doivent être utilisés de manière personnalisée et "avec tact", selon les objectifs fixés co-déterminés (par le médecin et le patient / sa famille) lors de la consultation »

E15 : « Pour le 2eme item : je ne ferais pas de généralité sur le moment où l'on peut faire un certificat d'inaptitude partielle. Cela dépend de l'enfant et de sa situation et pas du fait qu'il s'agit d'une première consultation ou non. Parfois il est plus stigmatisant pour l'enfant de ne pas avoir de certificat d'inaptitude, de ne pas arriver à faire l'activité comme les autres et d'être en difficultés lors des cours d'EPS que l'inverse »

Partie 5 : Diététique

Pistes d'amélioration :

Items :	% de réponse [1 - 4]	% de réponse [8 - 10]	Consensus positif	Désaccord	Commentaires discordants
Eviter la réalisation de semainier alimentaire (sauf si formé en nutrition et/ou si caractère ludique pour l'enfant)	14	64	Non	Non	Non

Commentaires :

E02 : « idem commentaire précédent, très informatif lorsque tout paraît parfait et que l'IMC ne cesse d'augmenter. Se limiter à 1 semaine »

E12 : « Là aussi cela dépend de la façon de le présenter et de l'utiliser. On peut très bien les utiliser de façon éducative. Je ne pense pas que l'on puisse ainsi jeter les semainiers à la poubelle. »

E14 : « Idem commentaire précédent »

Annexe XV – Le guide d'aide à la consultation

(Recto)

<h3>DIÉTÉTIQUE </h3> <p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitudes alimentaires (nombre de repas, grignotage, composition des repas, nature des boissons, recherche de TCA)• Cadre du repas (durée du repas, en famille ou non, présence d'un écran)• Rapport à la nourriture (sensation de faim, envie, situations favorisant les prises alimentaires (stress, colère, ennui...))• Evaluer les croyances et représentations d'un repas équilibré selon les parents ou adolescent <p>pistes d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none">• PAS de régime ni d'interdiction d'aliment• Repas équilibré pour toute la famille et pas uniquement l'enfant• Eveil au repas / Ecoute de ses sensations alimentaires (faim, envie, ennui) avant et après repas ↳ ex : jeu "détective gargouillis"• Essayer de sensibiliser les parents ou l'adolescent sur la composition d'un repas équilibré ↳ ex : Utilisation des "nouveaux" repères PNNS plutôt que des repères stricts et contraignants qui peuvent entraîner une restriction cognitive.	<h3>SYNTHÈSE</h3> <p>But de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ralentir la progression de la courbe d'IMC.• La perte de poids n'est pas l'objectif principal• Améliorer la qualité de vie de l'enfant <p>Les objectifs pour l'enfant et sa famille :</p> <ul style="list-style-type: none">• Formulation positive des objectifs• Nombre limité et réalisable• Objectifs formulés PAR l'enfant +/- la famille (selon l'âge) et en accord avec le professionnel <p>Programmer le prochain rendez-vous, avec un délai adapté à chaque situation</p> <p>Anticiper les appréhensions du suivi : les consultations sont un temps d'autoévaluation et non une "pesée sanction"</p> <h3>LIENS / ADRESSES UTILES </h3> <ul style="list-style-type: none">• « <u>Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent</u> », HAS, Septembre 2011• Obéclic : https://obeclic.fr• Vidéo d'information de Lucile BIFFY• Adresse du réseau de 2nd recours (REPPPOP38, REPPPOP69, REPPPOP73, PréoREPPPOP)• Obésité des jeunes, faut qu'on en parle : https://obesitedesjeunes.org• Pour les familles :<ul style="list-style-type: none">◦ La Fabrique à Menu (https://MangerBouger.fr)◦ <u>Affiche des nouveaux repères PNNS</u>◦ Webdocumentaire : http://surpoids-enfant.fr	<h3>AIDE À LA CONSULTATION : SURPOIDS DE L'ENFANT</h3> <h3>EXAMEN CLINIQUE </h3> <ul style="list-style-type: none">• Taille, Poids, IMC, tour de taille• Examen clinique complet en sous vêtement après accord de l'enfant• Dépistage : Rebond d'adiposité précoce <p>Signes d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none">• Comorbidités/Complications : HTA, SAOS, asthme non contrôlé, plaintes ostéoarticulaires (recherche d'épiphyse de la tête fémorale), psychopathologies (trouble anxio dépressif, trouble du comportement, TCA, addictions...), ...)• Signes évocateurs d'obésité secondaire : ascension brutale de la courbe d'IMC avant 3 ans, cassure de la courbe de croissance staturale, dysmorphie, retard intellectuel, trouble du développement, ...• Obésité avec handicap dans la vie quotidienne• Contexte familial défavorable <p>Avis auprès d'un spécialiste ou orientation vers le second recours</p> <p>QUID des examens complémentaires ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas systématique.• En pratique, la réalisation d'examen complémentaires en cas de surpoids et obésité commune peut être anxiogène et d'intérêt limité en prise en charge initiale• Si signes d'obésité secondaire : adresser à l'endocrinologue pédiatrique et/ou centre spécialisé d'obésité
---	--	---

(Verso)

<h2>ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT</h2> 	<h2>PSYCHOLOGIE</h2> 	<h2>ACTIVITÉ PHYSIQUE</h2> 
<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Situation familiale : situation conjugale des parents, relation avec la fratrie• Evaluation du climat familial (violence intrafamiliale, maltraitance)• Scolarité (classe, existence de difficultés scolaires)• Mesures socio-éducatives ou judiciaires en cours• Catégories socio-professionnelles des parents• Antécédents familiaux (psychiatrique, TCA, surpoids/obésité)• Lieu de vie : accès à un espace propice à l'activité physique (terrain de sport, skate park, club, forêt...)	<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perception et vécu du surpoids/obésité par l'enfant et sa famille ↳ ex : "Comment te sens tu ? Que penses-tu de ton poids ?" (Reprendre les mots utilisés par l'enfant)• Moquerie, harcèlement, stigmatisation (recherche d'isolement au niveau social) ↳ ex : "Comment ça se passe à l'école ? Et avec les autres élèves ou autres enfants/ado ?"• Etat émotionnel de l'enfant ↳ ex : "Comment te sens tu en ce moment ?"• Motivation au changement de l'enfant (selon son âge) et des parents ↳ ex : "Qu'est-ce que tu pourrais modifier dans tes habitudes actuelles ?"	<p>Évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sport : type, fréquence, durée, intensité• Activité de la vie quotidienne (loisirs, jeux, tâches ménagères) ↳ ex : "Que fais-tu en dehors de l'école ?"• Mode de déplacement• Evaluation de la notion de plaisir lié à l'activité physique ↳ ex : "Qu'est-ce que tu aimes faire ? Qu'est-ce qu'il te plaît dans le fait de faire ... ?"• Limites à l'activité physique (gène fonctionnelle, difficulté financière pour l'accès à une activité)• Sédentarité : temps passé assis +/- devant un "écran" (tenir compte du rapport à l'écran : peut être créateur de lien social)• Sommeil : durée, qualité, écrans avant le coucher, risque de SAOS (Questionnaire de Chervin ou Epworth adapté à l'enfant)
<p>pistes d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Si possible, intégrer tous les parents (et/ou les personnes "soutien éducatif") dans la prise en charge✓ Mise en place d'une « cohérence familiale éducative », avec un cadre ni trop autoritaire ni trop permissif.	<p>pistes d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Renforcer l'estime de soi de l'enfant✓ Déculpabiliser l'enfant et/ou la famille (causes plurifactorielles du surpoids et obésité)✓ Si l'enfant ne se sent pas concerné : essayer de trouver des leviers pour motiver le changement, laisser la "porte ouverte"	<p>pistes d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Augmenter le temps d'activité physique et diminuer les temps sédentaires en ayant des objectifs progressivement croissants et facilement réalisables (idéalement proposé par l'enfant).✓ Accès aux activités via école, REPOPOP, ville, associations sportives...

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”